



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”**

TESIS

**“CONGRUENCIA DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA DEL SINDROME
DE INTESTINO IRRITABLE
EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE LA UMF 21”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. JEANNETTE AHINOAN RAMIREZ MONTIEL**

**ASESORES:
DRA. ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ
DR. RODOLFO VARELA ALMANZA**



CIUDAD DE MÉXICO

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DELEGACIÓN SURESTE CIUDAD DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”**

TESIS

**“CONGRUENCIA DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA DEL SINDROME
DE INTESTINO IRRITABLE
EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE LA UMF 21”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. JEANNETTE AHINOAN RAMIREZ MONTIEL**

**ASESORES:
DRA. ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ
DR. RODOLFO VARELA ALMANZA**

CIUDAD DE MÉXICO, 2019

I. **AUTORIZACIÓN DE TESIS**

DR. JOSÉ JESÚS ARIAS AGUILAR

Director de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 IMSS
"Francisco Del Paso y Troncoso"

DR. JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 IMSS
"Francisco Del Paso y Troncoso"

DRA. ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 IMSS
"Francisco Del Paso y Troncoso"

ASESORES DE TESIS

DRA. ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 IMSS
“Francisco Del Paso y Troncoso”
Dirección: Plutarco Elías Calles N° 473, Colonia Santa Anita.
Iztacalco. C.P. 08300, Ciudad de México.
Teléfono: 57686000 conmutador 57686600 ext. 21407
Correo electrónico: alejandra_ph17@hotmail.com

DR. RODOLFO VARELA ALMANZA

Profesor adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar
de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 IMSS
“Francisco Del Paso y Troncoso”
Dirección: Plutarco Elías Calles N° 473, Colonia Santa Anita.
Iztacalco. C.P. 08300, Ciudad de México.
Teléfono: 57686000 conmutador 57686600 ext. 21407
Correo electrónico: dr.rva@hotmail.com

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la vitalidad para culminar esta etapa profesional. A mi familia, por darme siempre el apoyo necesario en todos los aspectos, en especial a mi madre; pilar de nuestro hogar.

A mis asesores de tesis, por orientarme en la elaboración de este trabajo de titulación, y mostrar siempre la mejor disposición para mi aprendizaje.

INDICE

I.	Titulo.....	7
II.	Identificación de los investigadores	8
III.	Resumen	9
IV.	Marco teórico	10
V.	Justificación.....	33
VI.	Planteamiento del problema.....	35
VII.	Pregunta de investigación	35
VIII.	Objetivos.....	36
IX.	Hipótesis.....	37
X.	Material y métodos	37
	Operacionalización de variables	
	Criterios de selección	
	Tipo y diseño de estudio	
	Población y periodo de estudio	
	Muestreo	
XI.	Aspectos éticos	46
XII.	Recursos humanos.....	49
XIII.	Factibilidad.....	50
XIV.	Difusión	50
XV.	Trascendencia	50
XVI.	Aspectos de bioseguridad	50
XVII.	Resultados.....	52
XVIII.	Discusión.....	70
XIX.	Conclusiones.....	73
XX.	Sugerencias	74
XXI.	Referencias	75
XXII.	Anexos.....	80

I. TITULO:

**“CONGRUENCIA DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA DEL
SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES DE 20-
59 AÑOS DE LA UMF 21”**

II. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

INVESTIGADORES:

DRA. JEANNETTE AHINOAN RAMIREZ MONTIEL

Médica Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Matricula: 97380820

Lugar de trabajo: Consulta externa

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso",
Delegación Sur IMSS.

Tel: 57686000

FAX: sin fax

Email: ahin7_13@hotmail.com

DRA. ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ

Médica Cirujana, Especialista en Medicina Familiar, Titular del curso de
especialización Médica en Medicina Familiar

Matricula: 98381032

Lugar de trabajo: Coordinación clínica de Educación e Investigación en Salud.

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso",
Delegación Sur IMSS

Tel: 57686000

Fax: sin fax

Email: alejandra_ph17@hotmail.com

DR. RODOLFO VARELA ALMANZA

Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Profesor adjunto del curso de
Especialización Médica en Medicina Familiar

MATRÍCULA: 99387574

Lugar de trabajo: Consulta externa

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso",
Delegación Sur IMSS

Tel: 57686000

Fax: sin fax

Email: dr.rva@hotmail.com

III. RESUMEN

“CONGRUENCIA DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES DE 20-59 AÑOS DE LA UMF 21”

Ramírez-Montiel Jeannette Ahinoan*, Palacios Hernández Alejandra**, Varela Almanza Rodolfo***

Marco Teórico: El Síndrome Intestino Irritable es un trastorno funcional digestivo, manifestado por dolor abdominal y disturbios de la defecación. El diagnóstico es eminentemente clínico, basado en los criterios Roma III. El tratamiento debe ser multidisciplinario. **Objetivo general:** Determinar si existe congruencia diagnóstico – terapéutica en las pacientes con SII, a través de los criterios de Roma III, en pacientes de 20-59 años de edad. **Hipótesis de trabajo:** Existe congruencia diagnóstico- terapéutica del 50% en los pacientes con SII en la UMF 21. **Material y métodos: Diseño:** Se trata de un estudio transversal, descriptivo, observacional, retrospectivo, **Lugar:** UMF 21 del IMSS, México. **Sujetos:** Se seleccionarán pacientes mediante muestreo por conveniencia, que reúnan los criterios para ser incluidos en el estudio. **Tiempo:** Agosto a Diciembre 2019 **Procedimientos:** Se solicitó autorización al Comité de Investigación y Ética del IMSS, se localizó a la población adulta de 20-59 años, adscritas a la UMF 21 para realizar la revisión de expedientes en el sistema. **Análisis estadístico:** Se realizó mediante una base de datos en Excel con gráficos ilustrativos. **Experiencia del grupo:** los investigadores contaban con la experiencia de más de 8 años para realizar este estudio. **Factibilidad:** La unidad tiene la estructura necesaria.

Palabras clave: síndrome de intestino irritable, congruencia diagnóstico-terapéutica.

* MÉDICA RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR, CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21 “FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”.

** MÉDICA CIRUJANA, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR N° 21 “FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”.

*** MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, PROFESOR ADJUNTO CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR, N° 21 “FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”.

IV. MARCO TEÓRICO

Introducción

Es el trastorno funcional gastrointestinal más común, se presenta en todos los grupos de edad incluyendo niños y ancianos, aunque se presenta frecuentemente a la edad de 30 a 50 años. Afecta tanto a hombres como a mujeres, no obstante, aproximadamente el 60-75% de los afectados son mujeres y se presenta con mayor frecuencia en un nivel socioeconómico bajo. Se asocia a depresión, ansiedad, trastorno somatomorfo e ideación suicida, además a un menor desempeño laboral, teniendo un impacto económico negativo en el individuo, la sociedad y el Sistema de Salud. ⁽¹⁾

Su fisiopatología es compleja, sus manifestaciones clínicas, diversas, y las posibilidades terapéuticas, múltiples y no bien conocidas. En la práctica clínica, el diagnóstico del SII representa un retoque, y así como en muchas ocasiones los pacientes no reciben el diagnóstico adecuado, lo que se refiere a un tratamiento sintomático. ⁽²⁾

Definición

El síndrome del intestino irritable (SII) se define como una afectación crónica de dolor o molestia abdominal asociado a alteraciones en el hábito intestinal, durante al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses, sin causa orgánica que lo justifique. Se desconoce su etiología y se cree que es de causa multifactorial en la que pueden coexistir distintos factores. Se identifican distintos subtipos, ya sea predominantemente diarrea (SII-D), constipación (SII-C) o mixto (SII-M), afecta seriamente la calidad de vida de quien lo padece. ⁽³⁾

Epidemiología de Síndrome de Intestino Irritable a nivel mundial y en México

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es uno de los desórdenes gastrointestinales más frecuentes en la consulta de primer nivel y representa de 20 a 50% de las remisiones al gastroenterólogo. Aunque afecta de 10 a 20% de la población general,

solamente 20% de esta busca atención médica; predomina en las clases bajas y la relación mujer: hombre es de 12:1, con mayor incidencia en la raza blanca.

La prevalencia del SII oscila entre un 5 y un 20%, alcanzando hasta un 35% dependiendo de la población estudiada. Es remarcable que los datos disponibles sugieren que la prevalencia es bastante similar en muchos países, pese a importantes diferencias en el estilo de vida.

La prevalencia del SII en Europa y América del Norte está estimada en 10–15%. En Suecia, la cifra más comúnmente citada es 13.5%; está aumentando en países de la región Asia–Pacífico, particularmente en las economías en desarrollo. ⁽⁴⁾

Las estimaciones de la prevalencia del SII (utilizando los criterios de Roma II) varían ampliamente en la región de Asia–Pacífico. Los estudios de la India mostraron que los criterios de Roma I para SII identificaban más pacientes que los criterios de Roma II. Las tasas de prevalencia comunicadas incluyeron 0.82% en Beijing, 5.7% en el sur de China, 6.6% en Hong Kong, 8.6% en Singapur, 14% en Pakistán, y 22.1% en Taiwán. Un estudio en China halló que la prevalencia del SII, definida según los criterios de Roma III, en individuos que asistían a policlínicas ambulatorias fue 15.9%.

Generalmente, los datos de América del Sur son escasos, pero esto puede ser debido a un sesgo de las publicaciones, ya que muchos estudios no están publicados en inglés o no se citan en las bases de datos de búsqueda utilizadas frecuentemente (por ejemplo, Medline). En Uruguay, por ejemplo, un estudio comunicó una prevalencia general de 10.9% (14.8% en mujeres y 5.4% en hombres)—58% con SII-E y 17% con SII-D. En 72% de los casos, la edad de instalación fue antes de los 45 años. Además, un estudio de Venezuela comunicó una prevalencia del SII de 16.8%, siendo 81.6% de los individuos afectados fueron mujeres y 18.4% hombres ⁽⁵⁾.

Los estudios en poblaciones indígenas de América Latina revelaron una alta prevalencia del SII, lo que fue similar al resto de la población. Los datos de África

son muy escasos. Un estudio en una población de estudiantes nigerianos halló una prevalencia de 26.1%, basado en los criterios de Roma II.

La prevalencia del SII en nuestro país es similar a lo reportado en la bibliografía mundial, lo que tiene una gran repercusión sanitaria, social y económica. ⁽⁶⁾ Aunque en México se han realizado varios estudios de buena calidad sobre la epidemiología del SII, en ninguno de ellos se establece el número de casos nuevos de la enfermedad que surgen en un periodo de tiempo determinado, por lo que la incidencia de este trastorno funcional en nuestro país se desconoce hasta la fecha.

La prevalencia informada del SII en México varía del 4.4 al 35%. Esta amplia variación en los resultados epidemiológicos se explica, fundamentalmente, por los criterios empleados para definir la presencia del SII. Algunos estudios han señalado que los cuestionarios de Roma III en la comunidad parecen tener una baja sensibilidad para identificar casos de SII. Acorde con lo anterior, Amieva-Balmori informaron una prevalencia del 4.4% utilizando los criterios de Roma III, lo que contrasta con prevalencias de hasta el 35% obtenida en estudios que usaron los criterios de Roma II. ⁽⁷⁾

Etiología

En la actualidad no se conoce con precisión cuáles son los mecanismos patogénicos por los que se produce el SII. Se han propuesto varios factores patogénicos responsables del SII, como alteraciones en la motilidad, alteraciones en la sensibilidad visceral y factores psicológicos. Recientemente se han añadido otros factores, como genéticos y postinfecciosos.

Desde hace pocos años se ha centrado la atención en la microbiota intestinal a partir del desarrollo de síntomas de SII en pacientes que sufrieron una infección del tubo digestivo, denominándose “SII post-infeccioso” (SII-PI). Este cuadro tiene una evolución más breve y de menor intensidad que el SII no infeccioso. En un meta análisis realizado por Thabane y cols. Sé concluyó que el riesgo global de padecer síndrome de intestino irritable se incrementa seis veces más después de una gastroenteritis bacteriana en pacientes jóvenes. ⁽⁸⁾

Se han identificado diversas anomalías mioeléctricas y motoras del colon e intestino delgado, que en algunos casos guardan una relación temporal con episodios de dolor abdominal o estrés emocional. Se discute si representan un trastorno primario de la motilidad o son secundarios a estrés psicosocial. Estudios demuestran que los sujetos con SII tienen una percepción anormal de dolor ante un estímulo visceral que no es doloroso para un sujeto normal; este fenómeno se denomina hipersensibilidad visceral (HV). Esta percepción de las sensaciones viscerales la determinan fibras aferentes de pequeño diámetro que llevan la información a la médula espinal y el tallo cerebral, y de estos sitios de relevo se proyecta al hipotálamo y la amígdala, entre otros. A nivel central existe una compleja red de regulación influida por factores emocionales y cognitivos en el procesamiento de la información. En otras palabras, las sensaciones viscerales como dolor, náusea, saciedad y hambre son experiencias subjetivas y conscientes que resultan de sensaciones moduladas por diversos factores emocionales, cognitivos y motivacionales representadas a nivel de la corteza insular.

Más de la mitad de los pacientes con SII que buscan atención médica sufre depresión, ansiedad o somatización subyacentes. Las alteraciones psicológicas pueden influir en la forma en que los sujetos perciben o reaccionan a una enfermedad, y las sensaciones viscerales menores. Por otro lado el estrés crónico puede alterar la motilidad intestinal o modular aquellas vías que afectan el procesamiento central y medular de la sensación visceral aferente. Numerosos datos aportan evidencia adicional para la clara asociación entre el estrés psicológico y el SII en muestras comunitarias. Así la psicopatología que se observa en los desórdenes gastrointestinales funcionales es de dos tipos: una es característica de la enfermedad en sí misma y la otra es la que lleva al paciente a consultar al médico.

(9)

En la fisiopatología del SII intervienen múltiples y diferentes mecanismos entre los cuales se han reconocido los trastornos motores, la hipersensibilidad visceral, las alteraciones de la microbiota intestinal o disbiosis, la disfunción intestinal post infecciosa, la sobrepoblación bacteriana, la inflamación de bajo grado, las alteraciones en la regulación inmune, la intolerancia e hipersensibilidad a alimentos, la mala absorción de ácidos biliares y los factores psicosociales, pero hasta el momento no se ha establecido un factor común para todos los casos.

Por ejemplo en la inflamación de bajo grado se ha sugerido como uno de los mecanismos subyacentes del SII. Se han demostrado variaciones en los niveles circulantes de interleucina-6 pro-inflamatoria (IL-6) y los polimorfismos del gen IL-6 en el SII.

Los niveles de IL-6 circulante son más altos en los pacientes con SII, los datos de categorización basados en los subtipos de SII mostraron que el nivel de IL-6 es significativamente mayor en el SII con predominio de diarrea (SII-D), ⁽¹⁰⁾ mientras que comparable en pacientes con IBS con controles sanos con estreñimiento predominante (SII-C) y SII alternado (SII-A).

Las funciones de los aminoácidos en la inflamación intestinal se asocian principalmente con la mejora de la barrera intestinal, la atenuación de las lesiones intestinales, la supresión del estrés oxidativo y la inhibición de las expresiones de las citocinas proinflamatorias. Estas funciones se terminan mediante una serie de mecanismos de señalización, que incluyen NF- κ B, MAPK, Nrf2, mTOR, iNOS, CaSR, ACE2 y GCN2. ⁽¹¹⁾ Sin embargo, el mecanismo molecular exacto de algunos aminoácidos no está claro, como Ala y Ser. Por lo tanto, todavía hay mucho trabajo por hacer para explorar las vías de señalización relevantes. Los estudios futuros también deberían concentrarse en las funciones y vías de señalización de los aminoácidos para explorar un programa terapéutico seguro y efectivo para humanos y animales en la inflamación intestinal.

Hay estudios de diversa índole que aportan evidencia sobre el papel de la microbiota intestinal en el SII. Estudios sobre modelos experimentales muestran que alteraciones en la microbiota intestinal pueden conducir a cambios en la función sensorio-motora, con alteración en la motilidad e hipersensibilidad. Diversos estudios observacionales también apoyan el concepto microbiano. Hay un subgrupo de SII, hasta el 20%, cuyo debut sigue a una infección entérica, ocurriendo hasta en el 10% de las gastroenteritis agudas. Una infección entérica resulta en una profunda alteración en la diversidad microbiana del huésped, con depleción de Eubacterium, Bacteroides, Prevotella, Bifidobacterium, Lactobacillus, y Faecalibacterium prausnitzii, y un cambio en el ratio anaerobios/aerobios. El mecanismo exacto a través del que dicha alteración determina la persistencia de síntomas de SII tras el episodio infeccioso agudo no está totalmente claro, pero se ha descrito susceptibilidad genética, un descenso en la producción microbiana de ácidos grasos de cadena corta, y un aumento de las células entero endocrinas a nivel de la mucosa. (12)

El sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SBI) está presente entre el 4%, y hasta en el 54%, de los casos de SII. Sin embargo, las grandes diferencias entre estudios, carencias metodológicas, como la falta de estandarización, la pobre sensibilidad y especificidad del test de aliento, y el cuestionado valor de corte aplicado a cultivos de aspirado duodenal/ yeyunal ($>10^5$ UFC/ml), y la presencia de factores de confusión, como intervenciones dietéticas, uso de medicaciones concomitantes, y el hecho de que la mayoría de la microbiota no puede ser cultivada, hacen que la importancia del SBI en SII permanezca poco clara, cuestionando así la conveniencia de buscar SBI de forma sistemática. Disminuyendo el punto de corte hasta ($>10^3$ UFC/ml), la tasa de SBI en SII se describe entre el 30 y 40%, y más alta que en controles sanos. Este hallazgo apoya la hipótesis de que dicho mecanismo puede jugar un papel en SII, al menos en algunos pacientes.

Recientes estudios microbiológicos, mediante técnicas moleculares, han demostrado alteraciones cuantitativas en grupos bacterianos específicos, aunque con resultados inconsistentes, y en ocasiones contradictorios. No hay un patrón de

cambio uniforme, sino una variedad de grupos microbianos descritos, y algunos coincidentes con el grupo de controles sanos. A pesar de lo anterior, en SII se describe, de forma consistente, una diversidad filogenética reducida, inestabilidad temporal, y diferencias en la microbiota asociada a mucosa respecto a controles sanos, con incremento en Bacteroides y Clostridium, y reducción en Bifidobacterias. Estudios de intervención apoyan el concepto microbiano de SII, al mostrar los efectos beneficiosos de tratamientos dirigidos a la microbiota intestinal, como antibióticos específicos, prebióticos, Probióticos, e intervenciones dietéticas. ⁽¹³⁾

- Mecanismos

En el SII se describen diversas alteraciones en la composición taxonómica de la microbiota, en su composición funcional, y en las interacciones microbiota-huésped. Uno de los principales hallazgos es la alteración en el proceso de fermentación colónica. Los oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles (FODMAPs) son carbohidratos de cadena corta, que incluyen fructosa, lactosa, polioles, fructanos, y galacto - oligosacáridos, de pobre absorción, que constituyen el sustrato para la fermentación por la microbiota colónica, generando ácidos grasos de cadena corta (AGCC), principalmente ácido acético, butírico, y propiónico. En modelos experimentales, los AGCC desencadenan contracciones motoras ileales y colónicas de gran amplitud, y promueven la hipersensibilidad visceral. En el SII, las poblaciones bacterianas productoras de AGCC se encuentran aumentadas, al igual que los niveles fecales de AGCC, que además se correlacionan con síntomas de intensidad severa en sus niveles más altos. La dieta pobre en FODMAPs reduce los síntomas atribuidos al tracto digestivo, proporcionando una nueva y prometedora estrategia terapéutica en SII. ⁽¹⁴⁾

La microbiota intestinal es un componente esencial en la promoción, mantenimiento, y función de la barrera intestinal. Diferentes estudios muestran una función de barrera alterada en el SII, con el subsiguiente aumento de la permeabilidad intestinal, a través de diversos mecanismos. Sin embargo, aún no está totalmente definida la relación entre los cambios en la microbiota y la alteración de la función de barrera intestinal. La función sensorio-motora intestinal también se encuentra

modulada, entre otros factores, por la microbiota, a través de dos mecanismos, el efecto directo de productos bacterianos, y de forma indirecta, a través de la deficiente transformación de ácidos biliares primarios en secundarios, provocando un exceso de ácidos biliares primarios en colon, que estimulan la motilidad y secreción. En SII-D se observa un incremento de ácidos biliares primarios en heces, cuyos niveles se correlacionan con su consistencia, asociado a un descenso del grupo *Clostridium leptum*, que contiene muchas de las bacterias que transforman ácidos grasos primarios en secundarios. Hay una creciente aceptación de la hipótesis que entiende el SII como una condición de inflamación de bajo grado sin daño tisular.

La microbiota, y la comunicación bidireccional microbiota-huésped, influyen de forma importante en el sistema inmune mucoso. Diversas líneas de investigación apoyan esta hipótesis, aunque hay escasa evidencia del vínculo directo entre alteraciones en la microbiota y activación inmunológica intestinal con inflamación de bajo grado. La comunicación bidireccional microbiota-huésped alterada puede aumentar la permeabilidad intestinal, y la exposición antigénica a nivel mucoso, determinando la presencia de inflamación de bajo grado, subclínica, pero suficiente para provocar disfunción sensorio-motora y generar síntomas. Los datos proporcionados por estudios en modelos experimentales, y en humanos, demuestran el efecto modulador de la microbiota sobre el eje cerebro-enteral, a nivel periférico y central.

La microbiota puede afectar directamente el sistema nervioso enteral (SNE) a través de la liberación de productos de síntesis y metabolitos bacterianos, e indirectamente a través de la inducción a la liberación de mediadores inmunológicos del huésped con impacto en el SNE. Además, la microbiota puede actuar directamente a nivel central, a través de mecanismos inmunológicos, humorales, y neurales, incluso afectando la bioquímica cerebral y el comportamiento, en modelos experimentales.

(15)

Cuadro clínico

En la mitad de los pacientes con SII, los síntomas inician entre los 30 y los 50 años de edad, aunque hay pacientes en quienes los síntomas comenzaron desde la infancia. Los registros en México señalan que este padecimiento se encuentra en un amplio rango de edad entre los pacientes afectados, ya que se presenta entre los 15 y los 40 años. Después que se diagnostica este problema, 75% de los sujetos permanece sintomático al menos por un promedio de cinco años. El síndrome de intestino irritable es un desorden funcional manifestado por dolor abdominal y disturbios de la defecación como: urgencia, dificultad a la evacuación, sensación de evacuación incompleta, alteración en la consistencia o frecuencia de las evacuaciones y/o distensión abdominal.

El dolor abdominal es un síntoma fundamental y referido de múltiples maneras, tales como "inflamamiento", calambre, quemadura, profundo, en punzadas, cortante y permanente; puede ser leve, moderado o severo y localizado o difuso. Predomina en los cuadrantes inferiores y especialmente en el izquierdo. Es precipitado por diferentes alimentos, mejora con la defecación y raramente les despierta por la noche. La distensión abdominal es tan frecuente como el dolor, sin que pueda demostrarse un mayor volumen de gas intestinal. Los estudios revelan que en la mayoría de ellos es normal y probablemente debida a disminución de la tolerancia a la distensión. Se ha comprobado en investigaciones recientes que los pacientes con SII presentan un aumento de la sensibilidad visceral en la región intestinal. La distensión, tanto del recto como del colon o del intestino delgado, les produce más molestias que a los voluntarios sanos; además, las áreas de referencia del dolor son más extensas que en los controles. Una condición particular de este síndrome es la inestabilidad de los síntomas, heterogeneidad y sobreposición con otros trastornos funcionales gastrointestinales como dispepsia funcional que se presenta 28-57%, pirosis funcional en alrededor del 56%, dolor torácico funcional de probable origen esofágico 27% y trastornos anorrectales 8-10%. La presencia de numerosos trastornos extraintestinales como fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, dolor pélvico crónico, trastornos de la articulación temporo-mandibular y cistitis intersticial forma parte del cortejo de esta entidad que dificultan u opacan con frecuencia el diagnóstico.

Diagnóstico

El diagnóstico del SII habitualmente se sospecha sobre la base de la anamnesis y el estado físico del paciente, sin exámenes adicionales. La confirmación del diagnóstico del SII requiere la exclusión confiable de enfermedad orgánica, en cierta manera dictada por las características y los rasgos de presentación en cada paciente individual. En muchos casos (por ejemplo, en pacientes jóvenes sin características de alarma), se puede hacer un diagnóstico seguro exclusivamente basado en la clínica. Existe una falta de evidencia robusta y de estudios prospectivos sobre el uso apropiado de la imagen radiológica radiológica en pacientes con síntomas tipo SII.

Se ha intentado establecer una serie de criterios para agrupar los diferentes síntomas y poder realizar un diagnóstico preciso del síndrome de intestino irritable. En 1992, se establecieron los criterios Roma I, sufriendo modificaciones en 1999 a Roma II y nuevamente en el 2006 con el fin de que fueran más precisos el Comité Internacional de Trastornos Funcionales Intestinales Roma III creó los criterios de Roma III que tienen un valor predictivo positivo del 100% y una sensibilidad de 65-75%. Cuadro 1. (Ver anexos)

Aunque en el 2016 en España de acuerdo a la GPC del mismo país, se emplean los criterios de Roma IV. ⁽¹⁶⁾ Tabla 1 y Tabla 2 (ver anexos)

El diagnóstico del SII es eminentemente clínico, México se basa en los criterios Roma III y en la exclusión meticulosa de desórdenes que tienen manifestaciones similares.

Se han detectado que entre los pacientes con criterios de Roma III el 8.3% tienen enfermedades de Crohn, el 6.1% tienen colitis ulcerativa y un 2.3 % tiene cáncer de colon.

Actualmente, no existen criterios histológicos para diagnosticar el síndrome del intestino irritable (SII). Se realizó un estudio para examinar la distribución de células inflamatorias en el colon de sujetos sanos e IBS y (ii) encontrar criterios de

diagnóstico histológico para SII. ⁽¹⁷⁾ Aunque la celularidad global no se puede usar para distinguir entre el SII y el HC, un análisis más detallado de los macrófagos y los mastocitos puede ser un marcador útil para confirmar el SII histológicamente y para diferenciar entre el SII-C y el SII-D cuando la presentación clínica alterne entre el estreñimiento y la diarrea.

Debido a que el SII es un padecimiento frecuente en la población general, su evaluación diagnóstica genera elevados costos. Algunos estudios en los que se han realizado exámenes en forma sistemática en sujetos con criterios clínicos de SII han demostrado una elevada frecuencia de resultados anormales, pero estos hallazgos no modifican el diagnóstico ni el comportamiento clínico de la enfermedad. Una revisión sistemática del tema determinó que la evidencia existente es insuficiente para recomendar el uso rutinario de una batería de pruebas diagnósticas en pacientes que cumplen con los criterios diagnósticos.

En la atención inicial de los pacientes con criterios clínicos de SII se debe hacer una búsqueda sistemática para excluir datos de alarma como síntomas nocturnos, sangre visible en heces, anemia, pérdida de peso significativa; anomalías en la exploración física como masas palpables y factores de riesgo como antecedentes familiares de cáncer colorrectal, aparición reciente de los síntomas, inicio después de los 50 años, sexo masculino y uso reciente de antibióticos.

- Estudios de imagen

Los estudios radiológicos no son necesarios en pacientes sin datos de alarma, pero deben considerarse cuando estos existan. La elección del estudio debe individualizarse y debe ser determinada por los síntomas predominantes. La realización rutinaria del ultrasonido abdominal en pacientes con SII es innecesaria. Una revisión reciente determinó que hay una sorprendente escasez de información acerca de la utilidad de estudios de imagen en el SII.

- Pruebas para detectar sobrepoblación bacteriana

No existe evidencia suficiente para recomendar el uso rutinario de pruebas para detectar sobrepoblación bacteriana en todos los pacientes con SII. Como se comentó antes, una revisión sistemática reciente encontró que la prevalencia de sobrepoblación bacteriana en pacientes con SII varía ampliamente y la metodología para establecer este diagnóstico no ha sido estandarizada. Por otro lado no es posible establecer con certeza la relación causa efecto entre los síntomas y la presencia de sobrepoblación bacteriana. ⁽¹⁸⁾

Al igual que en la sobrepoblación bacteriana, la prevalencia de intolerancia a diversos hidratos de carbono en pacientes con SII varía ampliamente y la metodología para establecer este diagnóstico no ha sido estandarizado ⁽¹⁹⁾. Por otro lado, tampoco es posible establecer con certeza la relación causa efecto entre los síntomas y la presencia de intolerancias alimentarias. Sin embargo, en opinión de algunos expertos estas pruebas podrían ser de utilidad en enfermos con síntomas refractarios con el fin de realizar una intervención dietética potencialmente útil.

- Aplicación de instrumentos

Los cuestionarios para evaluar la calidad de vida proporcionan un perfil del estado de salud y pueden detectar aspectos de la enfermedad que requieran atención especial (función física, rol emocional, salud mental). La intensidad de los síntomas se correlaciona con un impacto negativo en la calidad de vida.

La gravedad e intensidad de los síntomas ejerce un efecto negativo consistente en la calidad de vida de estos enfermos. La calidad de vida es una medida importante en el manejo integral del paciente con SII. Al ser un trastorno funcional y ante la falta de un marcador orgánico, las decisiones clínicas dependen de solicitar a los pacientes que evalúen y comuniquen cómo perciben su estado de salud.

- Biomarcadores

Un biomarcador es un indicador biológico objetivo de función normal, de procesos patogénicos o de respuestas farmacológicas ante una intervención terapéutica. La utilidad potencial de los biomarcadores en el SII ha sido investigada en 3 sentidos:

en el diagnóstico diferencial a través de la detección de enfermedades orgánicas (inflamatorias, infecciosas o neoplásicas)⁽²⁰⁾ manifestadas con datos clínicos inespecíficos que sustituyan a la «investigación limitada»; en el diagnóstico *a priori* a través de la detección de patrones genéticos, marcadores de disfunción molecular, datos histológicos de permeabilidad intestinal o inflamación de bajo grado que se observan en el SII; y como predictores de respuesta. ⁽²¹⁾

Los biomarcadores fecales de inflamación como calprotectina, lactoferrina, proteína S100A12, elastasa de polimorfonucleares, mieloperoxidasa, M2 piruvatocinasa, graninas, defensinas y metaloproteasas de matriz, entre otros, han sido evaluados para establecer el diagnóstico diferencial del SII con enfermedad inflamatoria intestinal pero no excluyen otros posibles diagnósticos.^{(22) (23)} Recientemente la detección sérica de anticuerpos anti-Cdtb y antivinculina ha sido evaluada y validada para el diagnóstico *a priori* de pacientes con SII-D con aparentes buenos resultados. ⁽²⁴⁾

Desafortunadamente estos anticuerpos no son detectables en todos los enfermos con SII-D, se desconoce su prevalencia en pacientes con SII, la expresión de los anticuerpos depende de la condición inmunológica del huésped, la validación solo se ha hecho con controles sanos, con EC y enfermedad inflamatoria intestinal sin tomar en cuenta otras posibilidades como colitis microscópicas, parasitosis o neoplasias, se incluyó solo un determinado rango de edad y los resultados no pueden extrapolarse a todas las poblaciones. Aunque ha habido un gran avance en el desarrollo de biomarcadores para el diagnóstico de SII en un subgrupo de enfermos (v. gr. SII-D) y es claro que en un futuro podrán reducir costos en la atención de estos enfermos y contribuir al desarrollo de fármacos, algunos expertos consideran que aún no están listos para su aplicación práctica. ^{(25) (26)}

Clasificación

Para clasificar el SII se recomienda el uso de la escala de Bristol donde toma en cuenta las evacuaciones según su forma y consistencia.

- SII con estreñimiento; si más del 25% de las deposiciones son duras y menos del 25% son sueltas o acuosas.
- SII con diarrea; si más del 25% de las evacuaciones son sueltas o acuosas, y menos del 25% son duras.
- SII mixta; si más del 25% de las evacuaciones son sueltas o acuosas, y más del 25% son duras. Figura 1 (Ver anexos)

En pacientes con SII-Roma III en México, el subtipo más frecuente es el SII-mixto y se asocia con síntomas dispépticos mientras que el SII-estreñimiento con síntomas del tracto de salida y el SII-Diarrea con síntomas de incontinencia.

Tratamiento

Dado que no existe un medicamento único para tratar a todos los pacientes con SII, se han recomendado 2 tipos de estrategias: dirigir el tratamiento al síntoma más molesto para el paciente (dolor, distensión, estreñimiento, diarrea), o a los mecanismos fisiopatológicos involucrados en la génesis de síntomas como hipersensibilidad visceral, alteraciones motoras, disbiosis, sobrecrecimiento bacteriano intestinal, homeostasis de líquidos y neuroplasticidad.

- **Tratamiento no farmacológico**

Como en cualquier otra patología, el cumplimiento terapéutico estricto es imprescindible para conseguir la eficacia del plan terapéutico prescrito. En el caso de los procesos que nos ocupan, incluye no solo la toma de fármacos sino el seguimiento de los consejos higiénico-dietéticos pautados (tabla 3-anexos) y la modificación de los estilos de vida cuando ello procede.

Dado que no existe un medicamento único para tratar a todos los pacientes con SII, se han recomendado 2 tipos de estrategias: dirigir el tratamiento al síntoma más molesto para el paciente (dolor, distensión, estreñimiento, diarrea), o a los mecanismos fisiopatológicos involucrados en la génesis de síntomas como hipersensibilidad visceral, alteraciones motoras, disbiosis, sobrecrecimiento bacteriano intestinal, homeostasis de líquidos y neuroplasticidad.

- Relación médico – paciente

El abordaje del SII con un enfoque en el paciente y en la comunicación efectiva entre el médico y el enfermo se asocia con un beneficio terapéutico. Realizar preguntas abiertas que permitan que el enfermo exprese sus necesidades, escucharlo activamente y mostrar empatía para fortalecer la relación médico-paciente son estrategias útiles. Se ha demostrado que tranquilizar a los pacientes sobre los miedos relacionados con su enfermedad durante la visita médica inicial disminuye significativamente la autopercepción de discapacidad. Una relación médico-paciente cálida, atenta y que dé confianza ha demostrado aportar un efecto positivo más intenso sobre los síntomas del enfermo.

- Actividad física

Se suele recomendar la realización de ejercicio físico de forma empírica para mejorar el estreñimiento y la distensión abdominal. El ejercicio físico aeróbico es útil para mantener una adecuada función intestinal y reducir el estrés.

Eficacia. Un programa regular de actividad física aeróbica (caminar, bicicleta) puede ser eficaz en el estreñimiento, ya que se ha observado una mejoría en el TTC total y en recto sigma. También se ha señalado su efecto beneficioso en la distensión abdominal y la retención de gas, aunque en menor grado que en los sujetos sanos. En otros dos estudios se demostró una mejoría global de los síntomas en el síndrome del intestino irritable (SII) y en la consistencia de las heces. Además, también mejoraron otros aspectos que pueden influir en el SII, como la ansiedad y la depresión.

Limitaciones. La práctica moderada y regular de ejercicio físico aeróbico ajustada a las condiciones físicas de cada individuo, no tiene grandes limitaciones clínicas, salvo en pacientes con alteración de la movilidad. Sin embargo, está por determinar la intensidad y la duración óptima del mismo. Recomendaciones prácticas. El ejercicio físico aeróbico practicado de forma regular puede ser útil en la mejoría del estreñimiento, favorece la evacuación del gas intestinal y mejora la distensión, por lo que parece recomendable aconsejar su práctica en los pacientes con síndrome

del intestino irritable con predominio de estreñimiento (SII-E) y estreñimiento (crónico) funcional.⁽²⁷⁾

Aunque los estudios controlados son pocos, son de buena calidad y han demostrado una mejoría en la calificación de la gravedad de los síntomas del SII en comparación con los controles. El ejercicio fue capaz de prevenir que los síntomas de los pacientes progresaran. Esta mejoría persiste con el paso del tiempo, ya que después de 5.2 años, los pacientes tratados mediante un plan de ejercicio mantuvieron la mejoría en la calificación de síntomas y en la calidad de vida. ⁽²⁸⁾

- Ingestión de fibra

Los suplementos de fibra en la dieta engloban un conjunto de hidratos de carbono complejos poco digeribles en el intestino delgado y que alcanzan íntegros el colon, contribuyendo a aumentar el volumen fecal y siendo parcialmente fermentados por la microbiota produciendo ácidos grasos de cadena corta, agua y gases (hidrógeno, metano, dióxido de carbono). Suele clasificarse en fibra soluble e insoluble, según su comportamiento en solución acuosa. Los efectos biológicos de la fibra son la aceleración del TTC, un aumento de la biomasa con cambios en el pH colónico y la microbiota y potencialmente tiene efectos sobre la permeabilidad y la inflamación. ⁽²⁹⁾

La suplementación de fibra en la dieta tiene una larga historia en el tratamiento de los trastornos funcionales gastrointestinales, sin embargo, se ha expresado cautela sobre su uso debido a la posibilidad de que la fibra pueda exacerbar algunos síntomas en ciertos pacientes⁽³⁰⁾. En el meta-análisis de estudios aleatorizados y controlados presentado recientemente por Moayyedi et al. ⁽³¹⁾ se demostró el beneficio de la fibra en los síntomas del SII, pero solo en el caso de la fibra soluble, y no del salvado. Hay que anotar que no se demostraron efectos adversos significativos con el uso del salvado. Por otro lado, no se han detectado efectos benéficos de las semillas de linaza en el SII, aunque solo hay un estudio de calidad.

- Geraniol

El geraniol es un monoterpenoide y un alcohol. Compone la mayor parte de los aceites esenciales de las rosas y las citronelas. También se encuentra en pequeñas cantidades en los geranios, limones y otros aceites esenciales. Recientemente se hizo un estudio que evaluó la capacidad de Ge-OH al intestino grueso en micelas de lecitina de soja para reducir sintomatología en pacientes con SII mediante la modulación del intestino. Los datos obtenidos de este estudio son prometedores y estadísticamente significativo en términos de modulación de la microbiota, disminución de MIP-1 β circulante y VAS-IBS reducido. ⁽³²⁾

- Dieta baja en FODMAP

La gran mayoría de los pacientes con SII asocian sus síntomas con la alimentación. Numerosos ensayos aleatorizados y controlados sugieren que la restricción de FODMAP en la dieta mejora los síntomas generales, el dolor abdominal, la hinchazón y la calidad de vida en más de la mitad de los pacientes con SII. Hay datos emergentes que sugieren que otras dietas (sin gluten, dietas de eliminación guiada) también podrían ser beneficiosas para los pacientes con SII. ⁽³³⁾

Los llamados FODMAP por sus siglas en inglés, son los oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables, que incluyen a la fructosa, la lactosa, los fructanos y los fructo oligosacáridos presentes en alimentos comunes como las frutas, las leguminosas y el trigo. Después de varios estudios no controlados sobre el contenido de FODMAP de la dieta y su efecto en los síntomas del SII, Halmos et al. ⁽³⁴⁾ demostraron con un estudio aleatorizado y cegado la mejoría en la calificación de síntomas del SII, la distensión, el dolor y la flatulencia con el uso de la dieta baja en FODMAP. Recientemente un estudio realizado en México demostró resultados benéficos significativos sobre los síntomas de los pacientes utilizando una dieta baja en FODMAP.

- **Tratamiento farmacológico**

- *Antiespasmódicos*: Los antiespasmódicos son un grupo de medicamentos que compiten con la acetilcolina en las terminaciones posganglionares

parasimpáticas o bloquean los canales de calcio, inhibiendo la contracción del músculo liso. Se han descrito varios subgrupos de antiespasmódicos:

1. Agentes relajantes directos del musculo liso:
 - Trimebutina 100-200 mg cada 8 horas
 - Mebeverina 200 mg cada 8 horas
 - Pargeverina 10 mg cada 8 horas
2. Agentes anticolinérgicos o antimuscarínicos derivados de la escopolamina
 - Bromuro de Butilhioscina 10 mg cada 8 horas
 - Dicycloverina 10 mg cada 8 horas
3. Agentes anticolinérgicos, antimuscarínicos o antagonistas del calcio derivados de amonio.
 - Bromuro de otilonio 40 mg cada 8 horas
4. Agentes bloqueadores de los canales de calcio
 - Bromuro de Pinaverio 100 mg cada 8 horas o 12 horas

- *Dimeticona/ Simeticona:*

La dimeticona/simeticona disminuye la tensión superficial de las burbujas de gas y causa su coalescencia. La combinación de dimeticona con algunos antiespasmódicos ha demostrado ser efectiva, particularmente, en la mejoría del dolor y de la distensión abdominal. En el meta-análisis de Martínez Vázquez, esta misma combinación fue superior a placebo en mejoría global de los síntomas. La combinación de bromuro de pinaverio con dimeticona y de alverina con simeticona también ha sido superior a placebo en la mejoría de la distensión abdominal.

- *Antagonistas de los receptores 5-HT3 (alosetrón y ondansetrón):*

Los antagonistas de los receptores 5-HT3 atenúan el tránsito colónico, incrementan la absorción de líquidos y mejoran, por consiguiente, los síntomas del SII-D.

Mejoran la consistencia, la frecuencia y la urgencia de las evacuaciones en el SII con diarrea. Alosetrón no está disponible en México y su uso se encuentra restringido por efectos secundarios graves. Los medicamentos que actúan sobre los receptores de serotonina o 5-hidroxitriptamina (5-HT) deben su efecto a estimulación o antagonismo.

Una revisión sistemática y meta-análisis que incluyó 11 estudios y a 7,216 pacientes evaluó la eficacia de este grupo de medicamentos. Alosetrón mostró ser superior a placebo (8 estudios, n = 4,987), con un NNT de 7 (mejoría global) y 8 (persistencia de síntomas), pero su uso está restringido por efectos secundarios graves; que incluyen estreñimiento severo y colitis isquémica, y no está disponible en México.

Ondansetrón es otro antagonista 5-HT₃, disponible en nuestro país, y que ha sido usado principalmente como antiemético. Sin embargo, existe evidencia de su utilidad en SII-D. Un estudio cruzado y controlado con placebo durante 5 semanas en 120 pacientes con SII-D, concluyó que ondansetrón, mejoró la consistencia (p < 0.001), la frecuencia (p = 0.02) y la urgencia de las evacuaciones (p < 0.001), además de mejorar la distensión (p < 0.001) en aquellos con SII-D. ⁽³⁵⁾

- *Agonistas de los receptores 5-HT₄:*

Incrementan la motilidad colónica, así como la secreción de líquidos y electrolitos, por lo que pueden ser de utilidad en el SII-E. En nuestro país, con base en las recomendaciones de un grupo de expertos de la Asociación Mexicana de Gastroenterología, la Comisión Federal contra Riesgos Sanitarios restringió su uso a pacientes menores de 55 años y sin factores de riesgo cardiovascular (hipercolesterolemia, arritmias, hipertensión, o uso de otros medicamentos que puedan tener efecto sobre el segmento QT del electrocardiograma). Otros 2 agonistas 5-HT₄ disponibles en México son prucaloprida y mosaprida. El prucaloprida ha demostrado beneficio en estreñimiento crónico idiopático, pero no ha sido evaluado en SII. Existe poca evidencia de la utilidad de mosaprida en SII; sin embargo, un estudio piloto, con 37 pacientes con SII-E y controlado con

placebo, observó disminución del umbral al dolor y percepción rectal en respuesta a baróstato tras la administración de mosaprida. Algunos fármacos pueden tener un efecto mixto agonista 5-HT₄ y antagonista 5-HT₃, como cisaprida y renzaprida. El primero de ellos, fue retirado de la mayor parte de los mercados debido al riesgo de arritmias asociadas a prolongación del segmento QT, sin embargo, aún se encuentra disponible en México. El segundo, no disponible en México, tiene escasa evidencia de beneficio en SII.

- *Laxantes*

Los laxantes osmóticos contienen iones no absorbibles o moléculas que retienen agua en la luz intestinal. Los más utilizados son el polietilenglicol (PEG) la lactulosa y las sales de magnesio. Este tipo de laxantes mejoran el estreñimiento la consistencia de las heces, pero se obtiene una pobre respuesta en el dolor y la distensión abdominal. La mayor evidencia, por los estudios disponibles, es para el PEG, pero las sales de magnesio se utilizan frecuentemente en la práctica clínica con resultado satisfactorio.

- *Polietilenglicol:*

El polietilenglicol (o macrogol) es un laxante osmótico que ha sido utilizado para el tratamiento de estreñimiento crónico en niños y adultos, incluyendo estreñimiento crónico idiopático. Múltiples estudios han confirmado su eficacia y seguridad. Existe menor evidencia de su uso en SII-E, aunque un estudio reciente comparó PEG 2250 más electrolitos *versus* placebo, en un grupo de pacientes con SII-E (n = 68 y n = 71, respectivamente).

- *Linaclotide*

Disponible en nuestro país, es un agonista de guanilato ciclasa C que actúa induciendo elevación de los niveles del cGMP, ocasionando un tránsito gastrointestinal acelerado, aumento de la secreción intestinal y disminución de la hipersensibilidad visceral. Dos estudios pivote evaluaron la utilidad del linaclotide en los principales síntomas del SII-E. El llamado estudio 31 fue un estudio doble

ciego, controlado con placebo, cruzado a 12 semanas en el que el linaclotide mejoró en forma significativa los síntomas del SII, incluyendo frecuencia de EE, EE completas ($p < 0.0001$), consistencia, severidad de pujo y síntomas abdominales (distensión subjetiva, gas y malestar) ($p = 0.0003$). El segundo estudio, llamado 302, con el mismo diseño, evaluó los mismos desenlaces a 26 semanas.

La mejor comprensión de los mecanismos fisiopatológicos, como el papel del metabolismo de los ácidos biliares deteriorados, la regulación neurohormonal, la disfunción inmune, la barrera epitelial y las propiedades secretoras del intestino, ha conducido a avances en el tratamiento del SII. Con respecto a las terapias para restablecer la permeabilidad intestinal, se están realizando múltiples estudios con prebióticos y probióticos, aunque hasta la fecha su eficacia ha sido limitada. Paralelamente, se ha avanzado mucho en la atención de la inflamación de bajo grado, especialmente a través de la introducción de fármacos como la mesalazina y la rifaximina, incluso si un mejor conocimiento de los mecanismos que subyacen a la inflamación de bajo grado en el SII puede permitir el diseño de ensayos clínicos que ponen a prueba la eficacia y seguridad de dichos fármacos. ⁽³⁶⁾

- *Mesalazina*

Es un salicilato con un mecanismo de acción desconocido. Ha demostrado modular la producción de citocinas proinflamatorias, disminuir la actividad transcripcional del NF-kappa-b, la activación del factor de necrosis tumoral e inhibir la síntesis de prostaglandinas y leucotrienos. El uso de mesalazina puede asociarse a mejoría de la inflamación de bajo grado de la mucosa del colon y a cambios en el perfil de la microbiota intestinal. Sin embargo, estos cambios antiinflamatorios no se han traducido en mejoría clínica en pacientes con SII. Un trabajo piloto reciente no mostró cambios significativos comparados con placebo en síntomas, incluyendo dolor, distensión ni hábito intestinal, ni en mejoría global o calidad de vida en pacientes con SII.

- Probióticos

Los probióticos son microorganismos vivos que, cuando se administran en cantidades adecuadas, confieren un beneficio para la salud al huésped y pueden representar una opción terapéutica para enfermedades caracterizadas por disbiosis como el SII. Los metanálisis sugieren que los probióticos proporcionan un beneficio terapéutico sobre el placebo en los síntomas globales con un perfil de seguridad alto en pacientes con SII, tanto en la mejoría de los síntomas globales como en el alivio del dolor abdominal y la distensión. Sin embargo, los mecanismos por los cuales proporcionan beneficios en el SII siguen siendo virtualmente desconocidos. (37)

- *Antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina*

Los antidepresivos han sido evaluados para el tratamiento del SII debido a sus propiedades analgésicas viscerales y han demostrado ser útiles principalmente en el tratamiento de dolor abdominal y en la mejoría global de los síntomas.

Dos meta análisis publicados por Ford en 2009 y 2014 confirmaron los mismos hallazgos,⁽³⁸⁾ tanto los antidepresivos tricíclicos (vamiptilina [disponible en México], imipramina, desipramina), como los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (sertralina, citalopram, paroxetina, fluoxetina [todos disponibles en México]) han demostrado este beneficio: ambos grupos son superiores a placebo en la mejoría global de los síntomas, aunque los antidepresivos tricíclicos son superiores a los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina en la mejoría de dolor. Su beneficio se obtiene después de 4-6 semanas de tratamiento y puede estar limitado por los efectos secundarios. Los tricíclicos se asocian a estreñimiento, somnolencia y resequedad oral, mientras que los inhibidores selectivos a náuseas y diarrea, por lo que la selección del tipo de antidepresivo depende del subgrupo de SII, los efectos secundarios y la tolerancia del paciente. Los inhibidores selectivos de la recaptura de norepinefrina, como duloxetina y venlafaxina, han sido utilizados para dolor neuropático y fibromialgia, pero no hay estudios en SII. (39)

- Rifaximina

Debido a las posibles anormalidades en la microbiota intestinal en pacientes con SII, el tratamiento con antibióticos pobremente absorbibles y antibióticos lumbinales tiene el potencial de modular la composición bacteriana del tracto gastrointestinal y de alterar la historia natural de la enfermedad a corto plazo. La rifaximina es un antibiótico de amplio espectro, sintético y no absorbible, que ha mostrado ser útil en la sobreplación bacteriana del intestino delgado y que recientemente ha sido evaluado en el manejo del SII sin estreñimiento. ⁽⁴⁰⁾

V. JUSTIFICACIÓN

El síndrome de intestino irritable (SII) es el trastorno digestivo más frecuentemente diagnosticado en la práctica clínica, según la GPC. Es un trastorno funcional caracterizado por dolor o malestar abdominal que se asocia con alteraciones del hábito intestinal y con otros síntomas gastrointestinales como distensión y sensación de inflamación abdominal, evacuación incompleta, urgencia, pujo y tenesmo. Es una condición clínica cuyos síntomas no pueden ser explicados por causas orgánicas, metabólicas ni infecciosas subyacentes.

En México y Latinoamérica existen pocos estudios epidemiológicos que permitan conocer con exactitud las características y la magnitud del problema, existe una estimación de prevalencia internacional del 11.2%, teniendo una variación por región geográfica, se estima una prevalencia en población general que va de 10 a 20%.

El SII es el trastorno funcional gastrointestinal más común, se presenta en todos los grupos de edad incluyendo niños y ancianos, aunque se presenta frecuentemente a la edad de 30 a 50 años. Afecta tanto a hombres como mujeres, no obstante aproximadamente el 60-75% de los afectados son mujeres y se presenta con mayor frecuencia en un nivel socioeconómico bajo.

El número de consultas médicas y de prescripciones terapéuticas es muy grande, con el consiguiente gasto de recursos. Supone, además, una de las primeras causas de ausentismo laboral. Por otra parte, si bien el SII no pone en riesgo la vida del paciente, sí condiciona de forma considerable su calidad de vida.

Para poder llevar a cabo esta investigación es importante mencionar que se contó con los recursos humanos (investigador y asesores de la investigación), institucionales (UMF 21), de espacio (consultorio médico) e infraestructura (computadora, impresora, SMIF).

Para poder conocer si existe o no una adecuada congruencia diagnóstico terapéutica de esta patología, se realizó una lista de cotejo basada en la Guía de

evidencias y recomendaciones del intestino irritable en el adulto, que ofrece una estandarización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

El propósito de este estudio fue comprobar si existe o no una adecuada congruencia entre el diagnóstico de este padecimiento y el tratamiento que se ofrece, recordando que el médico familiar, como médico de primer contacto, debe abordar la patología, de forma integral; para ello necesita conocer y determinar como primera instancia si el paciente cumple con los criterios para SII, y una vez estableciendo el diagnóstico poder ofrecer un adecuado tratamiento, de acuerdo a la clínica del paciente, además de ofrecer medidas de autocuidado para el paciente, todo esto a fin de mejorar los procesos de atención medica e incrementar la calidad de vida de los pacientes y su familia.

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El SII es un cuadro funcional, con una sintomatología variada y abundante en número e intensidad. Su etiología es poco clara; el estrés y los problemas psicológicos juegan un rol en desencadenar el cuadro. Representa una alteración para la calidad de vida de los pacientes, siendo una carga importante de salud. En México se encuentra una prevalencia del 35%, siendo más frecuente en mujeres, además de que representa una de las principales causas de morbilidad en trastornos digestivos.

Es importante identificar las preocupaciones del paciente: explicar claramente la naturaleza de la afección, reafirmar que se trata de una patología reconocida y benigna, involucrar al paciente, comentar que los síntomas pueden fluctuar; que existen ciertos alimentos que pueden desencadenar la sintomatología, decir además que el estrés puede precipitar los síntomas.

Dada la naturaleza funcional del SII, la terapia es compleja y sus resultados no son siempre brillantes, a pesar de que se han empleado gran variedad de medicamentos, basados en los aspectos clínicos y fisiopatológicos, en la naturaleza y gravedad de los síntomas, el grado de trastorno funcional y la presencia de dificultades psicológicas que afectan el curso de la enfermedad, sin embargo si es importante poder establecer primero el adecuado diagnóstico, haciendo diagnóstico diferencial con otras patologías digestivas, y establecer que fármacos se ofrecen de primera línea de acuerdo a la variante clínica del síndrome de intestino irritable, por lo que se realiza la siguiente:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿EXISTE CONGRUENCIA DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES DE 20-59 AÑOS DE LA UMF 21?

VIII. **OBJETIVOS**

Objetivo general

Determinar la congruencia diagnóstico - terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20-59 años de la UMF 21 en el año 2019

Objetivos específicos

- Definir el tiempo de diagnóstico de síndrome de intestino irritable en este grupo de pacientes
- Identificar que ocupación se asocia con mayor frecuencia en esta enfermedad
- Describir la sintomatología digestiva que se presenta con mayor frecuencia en los pacientes con síndrome de intestino irritable
- Informar que habito defecatorio se presenta con mayor frecuencia
- Identificar que tratamiento se otorga con mayor frecuencia en los pacientes con síndrome de intestino irritable.

IX. HIPÓTESIS

Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes Hipótesis:

- Hipótesis de investigación: Existe congruencia clínico- terapéutica en los pacientes con síndrome de intestino irritable en el 50% de los casos
- Hipótesis nula: No existe congruencia clínico - terapéutica en las pacientes con síndrome de intestino irritable

Por tratarse de un estudio observacional no se requiere de hipótesis, sin embargo se coloca con fines académicos.

X. MATERIAL Y MÉTODOS

VARIABLES

- VARIABLES DE TRABAJO
 - Congruencia diagnóstico-terapéutica
 - Tiempo de diagnóstico
 - Sintomatología digestiva
 - Hábito defecatorio
 - Tratamiento indicado
 - Alimentos FODMAPS
- VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS
 - Edad
 - Sexo
 - Estado civil
 - Escolaridad
 - Ocupación

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona, hasta un momento determinado de su vida.	Años cumplidos que refiera su expediente electrónico)	Cuantitativa discreta	<ol style="list-style-type: none"> 1. 20-24 años 2. 25-29 años 3. 30-34 años 4. 35-49 años 5. 50-54 años 6. 55-59 años
Sexo	Condición orgánica que distingue entre hombre y mujer	De acuerdo a lo anotado en el expediente	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino
Índice de masa corporal	Es una razón matemática que resulta al dividir el peso sobre la talla del paciente al cuadrado la masa corporal.	Medida registrada en el expediente electrónico del paciente.	Cualitativa ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo peso 2. Peso normal 3. Sobrepeso 4. Obesidad grado I 5. Obesidad grado II 6. Obesidad grado III
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Situación civil que se encuentre anotada en su expediente.	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1-Soltero 2-Casado 3- Divorciado 4-Separado 5-Unión libre 6-Viudo

Escolaridad	Período de tiempo que dura la estancia de una persona en una escuela para estudiar y recibir una enseñanza adecuada.	Nivel escolar referido en el expediente electrónico	Cualitativa ordinal	1-Sin escolaridad 2-Primaria 3-Secundaria 4- Carrera técnica 5-Preparatoria 6-Licenciatura 7- Posgrado
Ocupación	Actividad laboral de un individuo por el que recibe remuneración económica.	Actividad laboral referida en el expediente	Cualitativa nominal	1- Hogar 2- Empleado 3- Comerciante 4- Jubilado/pensionado 5- Desempleado 6- Otra
Tiempo de diagnóstico	Período transcurrido desde el diagnóstico del padecimiento, hasta el momento de la revisión del expediente electrónico	Tiempo con Síndrome de intestino irritable referido en el expediente electrónico	Cuantitativa discreta	1. Menos de 1 mes 2. 1- 6 meses 3. 7-12 meses 4. > 1 año 5. No reportado
Congruencia diagnóstico – terapéutica	Concordancia que existe entre el diagnóstico y el tratamiento del paciente, desde la primera atención hasta la solución y/o control del problema médico que motivo la atención	Se determina al revisar el expediente electrónico de cada paciente. Revisando que se encuentren escritos los rubros que se solicitan en la Guía de Evidencias y recomendaciones del SII (síntomas digestivos, hábito defecatorio e indicación de dieta y tratamiento farmacológico) .	Cualitativa nominal	1. Existe congruencia 2. No existe congruencia

Hábitos defecatorios	Forma y consistencia de las deposiciones.	Forma y consistencia de las deposiciones escritas en el expediente electrónico.	Cualitativa nominal	1. Estreñimiento 2. Diarrea 3. Mixto
Alimentos FODMAPS	Hidratos de carbono de cadena corta que son fermentables como: oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles.	Nemotecnia que hace referencia a los alimentos que se recomienda evitar o disminuir en el síndrome de intestino irritable y que serán revisados si están en el expediente electrónico <ol style="list-style-type: none"> 1. Lactosa :Leche y sus derivados 2. Fructanos: como fresa, kiwi, melón, limón, naranja, papaya, plátano, piña, uvas, etc.) 3. Polioles: como manzana, pera, aguacate, coliflor, champiñones, etc.) 4. GOS: granos y cereales : arroz, avena, piña, galletas, semillas, almendras, linaza, etc.). 	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lactosa 2. Fructanos 3. Polioles 4. GOS 5. No reportado en expediente

Síntoma digestivo	Alteración del sistema digestivo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.	Referencia subjetiva del paciente hacia la sintomatología que padece, y que será revisada en el expediente electrónico.	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor abdominal 2. Distensión abdominal 3. Dispepsia 4. Pirosis 5. Diarrea 6. Estreñimiento
Tratamiento	Conjunto de medios (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos u otros) cuya finalidad es la curación o el alivio de alguna enfermedad	Medida farmacológica que se le otorga al paciente, será revisada en el expediente electrónico.	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pinaverio 2. Butilioscina 3. Metoclopramida 4. Plantago 5. Loperamida 6. Otro

CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) Criterios de inclusión:

- Pacientes de 20 a 59 años de edad que sean derechohabientes en la unidad.
- Con diagnóstico de síndrome de intestino irritable que acudan a la consulta externa de la UMF N° 21.
- De turno matutino, vespertino y jornada acumulada.

b) Criterios de exclusión

- Pacientes que cuenten con alguna enfermedad crónica degenerativa agregada

c) Criterios de eliminación

- Expedientes que cuenten con algún error en el registro del diagnóstico.

TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

Es un estudio Tipo Observacional.

Diseño: Transversal, descriptivo y retrospectivo

POBLACIÓN, UNIVERSO DE ESTUDIO

- Universo de estudio: Pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina familiar N° 21.
- Lugar de estudio: En las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar N° 21, de la delegación Sur de la Ciudad de México; Avenida Plutarco Elías Calles N° Delegación 473, Colonia Santa Anita, Alcaldía Iztacalco, Ciudad de México, Código Postal 08300.
- Población de estudio: pacientes de 20 a 59 años de edad con diagnóstico de Síndrome de intestino irritable en el periodo de enero a diciembre del año 2017.

PERIODO DE ESTUDIO

Del 1° de agosto al 31 de diciembre 2019.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO-INSTRUMENTO

- Se trata de un estudio clínico de tipo descriptivo en pacientes de 20 a 59 años de edad, adscritos a la UMF No. 21 del IMSS, ubicada en la delegación Sur de la Ciudad de México; Avenida Plutarco Elías Calles No. 473, Colonia Santa Anita, Alcaldía Iztacalco, Código Postal 08300, durante el periodo de agosto a diciembre del 2019. Se seleccionaron 155 pacientes, que reunieron los criterios para ser incluidos en el estudio.
- Para realizar la presente investigación, se realizó una revisión bibliográfica del Síndrome de intestino irritable, desde su etiología hasta su adecuado diagnóstico y tratamiento basado en la Evidencia que se describe en la Guía de Práctica Clínica de Evidencias y Recomendaciones del Síndrome de

Intestino Irritable en el primer nivel de atención y en diversas fuentes actuales.

- Se presentó el siguiente estudio al SIRELCIS.
- Previa autorización del Comité local de investigación, respetando los lineamientos éticos, el investigador procedió a obtener los datos existentes de la población en estudio, acudiendo al servicio de ARIMAC quien proporciono los datos estadísticos sobre la cantidad de pacientes con Síndrome de intestino irritable adscritos a la UMF No. 21 en el periodo de enero a diciembre del 2017, obteniendo números de seguridad social para localización de expedientes electrónicos.
- De acuerdo a la información obtenida se realizó el cálculo de la muestra, con un tipo de muestreo no aleatorio por conveniencia, utilizando la fórmula para poblaciones finitas.
- Ya calculada la muestra se realizó una lista de cotejo basada en la Guía de Evidencias y recomendaciones del síndrome de intestino irritable en el primer nivel de atención, para obtener la información y conocer si existe o no congruencia entre el diagnóstico del padecimiento, y el tratamiento otorgado.
- Se seleccionó solo a aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, mediante la revisión del expediente electrónico, a través de la base de datos del SIMF (sistema de información médico familiar).
- Una vez recolectados los datos se procedió a realizar el análisis estadístico, realizando una base de datos en Excel y utilizando dicho programa para el análisis de datos, empleando frecuencias y porcentajes.
- Los resultados se reportaron en tablas, cuadros y gráficos que faciliten la comprensión de la información. Se presentó los resultados obtenidos en la investigación en forma de tesina al director de esta unidad y a la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud de esta unidad.
- Se analizaron los resultados para formular una discusión comparando los datos obtenidos con los encontrados en la bibliografía actual.
- Se llegó a conclusiones, con base a información significativa

- Se elaboraron y dieron a conocer recomendaciones que surjan del presente estudio.

MUESTREO

- Tipo de muestreo: se realizó un muestreo no aleatorio por conveniencia
- Cálculo de tamaño de muestra:

Se utilizó la fórmula para poblaciones finitas, en este caso para una población de 414 (cifra proporcionada por ARIMAC), obteniendo una muestra de 155 pacientes.

Fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2_{\alpha/2} * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2_{\alpha/2} * p * q}$$

Dónde:

N = 414 Población total pacientes adscritos a la UMF N°21 con diagnóstico de Síndrome de intestino irritable

$Z^2_{\alpha/2}$ = Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95% = 1.96

d = Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

p = 0.20 Prevalencia estimada a nivel nacional

q = 1-0.20 = 0.8

Resolviéndose de la siguiente manera:

$$n = \frac{[414 \times 1.96^2] \times [0.20 \times 0.8]}{[(0.05)^2(413) + (1.96^2 \times 0.20 \times 0.8)]}$$

$$n = \frac{[1590.4224] \times [0.16]}{[1.03] + [0.614656]}$$

$$n = \frac{254.4675}{1.6446} = 155$$

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- Una vez recolectados los datos se procedió a realizar el análisis estadístico. Realizando una base de datos en Excel y usando dicho programa para llevar a cabo el análisis, empleando medidas de frecuencias y porcentaje.
- Los resultados se reportaron en tablas, cuadros y gráficos que faciliten la comprensión de la información. Se presentaron los resultados obtenidos en la investigación en forma de tesis al director de esta unidad y a la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud de esta unidad.

SESGOS

Maniobras para evitar y controlar sesgos

Control de sesgos de información: los participantes no conocieron la hipótesis de la investigación. El cuestionario realizado fue claro y bien estructurado. La lista de cotejo se realizó en base a la Guía de Evidencias y recomendaciones del Síndrome de intestino Irritable. Las fuentes de información son las mismas para todos los participantes.

Control de sesgos de selección: se evaluó cuidadosamente las implicaciones en la selección de los participantes para el estudio, utilizando los mismos criterios cuando se seleccionaron las unidades de estudio y se eligió una muestra representativa de la población. La muestra se hizo por conveniencia, estableciendo el rango de edad de 20 a 59 años, incluyendo los turnos matutino, vespertino y jornada acumulada.

Control de sesgos de medición: La lista de cotejo para el estudio que fue aplicada se basa en las Evidencias encontradas en la Guía de Evidencias y recomendaciones del Síndrome de intestino Irritable y tiene adecuada fiabilidad. La lista de cotejo siempre fue llenada por el mismo investigador.

Control de sesgos de análisis: se registraron y analizaron los datos correctamente, utilizando el programa estadística Excel, donde se realizó la base de datos y los cuadros y gráficos; se trató de ser cautelosos en la interpretación de los datos recabados.

XI. ASPECTOS ÉTICOS

Se dio prioridad a mantener la privacidad, confidencialidad y anonimato de los participantes en el estudio, no se dieron a conocer los mismos a otras personas ajenas al estudio. Al no representar una intervención física directa en los pacientes ni tener validez en trámites laborales, la investigación representa un riesgo mínimo, ya que solo se revisaran expedientes de los pacientes buscando la congruencia diagnóstico-terapéutica del SII. Durante las fases del estudio se respetó la confidencialidad y anonimato de los pacientes.

Se considera este estudio de acuerdo al reglamento de la Ley de salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 en base al segundo título que expresa:

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles, implica un riesgo mínimo pues solo se realizara la revisión de expedientes, así como se lograra el beneficio de otorgar una mejor atención al paciente que presente está patología.

II.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del representante legal del sujeto.

III- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación. Los investigadores que participan en dicho estudio, tienen el conocimiento necesario para llevarlo a cabo, así como 8 años de experiencia en el manejo de pacientes con síndrome de intestino irritable.

IV. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, se solicitará al Comité Local de ética e investigación su revisión para su aprobación.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. Se realiza solo la revisión de expedientes, por lo que no hay ninguna intervención por parte de los investigadores.

Además de cumplir en lo estipulado por la Ley general de salud en los artículos 98 la cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación, cumpliendo con las bases del artículo 100 en materia de seguridad.

El presente estudio se apegará a lo dispuesto en la Declaración de Helsinki de la Asociación médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (comprobado el 13 de enero del 2014), apartado 25,26,27,28 29, 30, 31, 32. El investigador se apegará a la pauta 9 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese revelar la identidad de las personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respecto por la dignidad de cada participante así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes.

El presente estudio se apegó a las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos elaborados por el consejo de organizaciones de las ciencias médicas (CIOMS) y lineamientos de la OMS. Pauta 1 pues se respetó el derecho y bienestar de los pacientes, al asegurar que no implique riesgos, ya que solo se realizó la revisión de expedientes. Pauta 4 ya que implica un riesgo mínimo la investigación, pues solo se revisaron expedientes

de pacientes con síndrome de intestino irritable, ofreciendo el beneficio de mejorar la atención médica que reciben los pacientes que sufren de esta enfermedad. Pauta 23 pues se solicitó previamente el consentimiento para realizar la investigación al comité local de investigación y ética.

Conflictos de interés:

En este estudio no se recibió financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés en los investigadores al participar en el presente estudio. Ya que solo se realizó revisión de expedientes clínicos para identificar si existe congruencia diagnóstico terapéutica en los pacientes con Síndrome de intestino irritable en nuestra población de estudio, no se consideran problemas de temas sensibles para los pacientes y se cuidará el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación.

XII. RECURSOS HUMANOS Y FISICOS. FINANCIAMIENTO

Los procedimientos de la investigación fueron efectuados por el investigador, que se encuentra calificado y competente desde el punto de vista clínico. La responsabilidad del estudio recae en el investigador principal, quien cuenta con los recursos técnicos y científicos para hacerlo clínicamente competente.

➤ RECURSOS HUMANOS.

- El propio investigador.
- Pacientes adscritos a la UMF N° 21
- Asesores metodológicos

➤ RECURSOS MATERIALES.

- Computadora, SIMF (Sistema de información médico familiar) de la UMF 21
- Software Windows vista, paquete estadístico
- Infraestructura de la UMF N° 21 del IMSS.
- Lista de cotejo

- Base de datos
- **RECURSOS FINANCIEROS**
Financiado por el investigador con apoyo para el uso de las instalaciones y recursos de la UMF N° 21 del IMSS.

XIII. FACTIBILIDAD

Este proyecto es factible porque la unidad cuenta con los recursos y el personal capacitado para realizarlo.

XIV. DIFUSIÓN

Es fácilmente difundible ya que se revisó de manera directa el expediente electrónico de cada paciente. Después de obtener los resultados y de analizarlos, se entregó una tesis de titulación, se realizó un tríptico sobre el padecimiento para otorgarlo a los médicos Especialistas en Medicina Familiar; proporcionando de manera clara y sintetizada la información más relevante en cuanto al diagnóstico y tratamiento del SII y un cartel informativo que se colocará en la Unidad de Medicina Familiar N° 21.

XV. TRANSCENDENCIA

Este estudio puede trascender porque el padecimiento afecta con mayor frecuencia a pacientes en edad adulta y es uno de los padecimientos digestivos más frecuentes que repercuten en la calidad de vida de la paciente; generando incluso depresión, ansiedad; el paciente presenta un menor desempeño laboral, además de generar un impacto económico negativo para el sistema de salud. Si se conoce de manera amplia la fisiopatología, el diagnóstico y tratamiento que se puede otorgar de manera integral, podemos impactar de forma positiva en la calidad de vida del paciente.

XVI. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No son necesarios ya que solo se realizó revisión de expedientes.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“CONGRUENCIA DIAGNÓSTICO – TERAPÉUTICA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21”

Jeannette Ahinoan Ramírez Montiel*, Alejandra Palacios Hernández**, Rodolfo Varela Almanza***

	Marco teórico y planteamiento del problema	Hipótesis y definición de variables	Objetivos y cálculo del tamaño de la muestra	Elaboración de la lista de cotejo	Presentación ante el comité	Revisión de expedientes	Elaboración de base de datos	Análisis de resultados	Elaboración de conclusiones	Presentación de tesis
Enero 2019										
Febrero 2019										
Marzo 2019										
Abril 2019										
Mayo 2019										
Junio 2019										
Julio 2019										
Agosto 2019										
Septiembre 2019										
Octubre 2019										
Noviembre 2019										
Diciembre 2019										

* MÉDICA RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR, CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21 “FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”.

** MÉDICA CIRUJANA, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR N° 21 “FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”.

*** MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, PROFESOR ADJUNTO CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR, N° 21 “FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”.

Realizado



Programado



XVII. RESULTADOS

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

De acuerdo al estudio realizado, se revisó un total de 155 expedientes, reportando los siguientes resultados:

Edad de los pacientes:

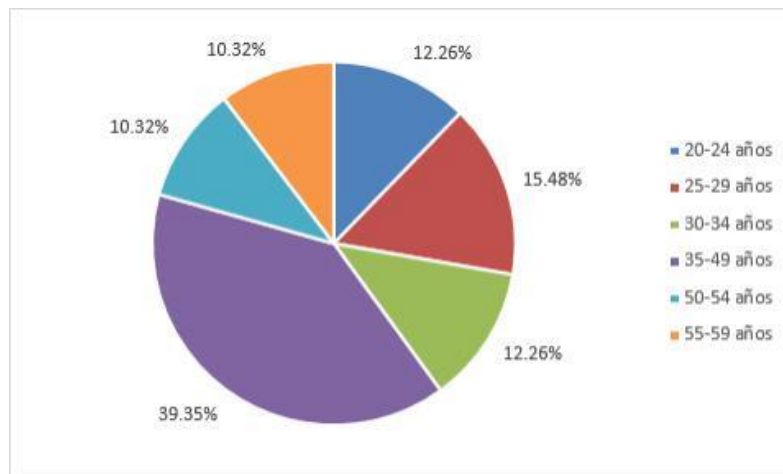
Los datos expuestos en la siguiente tabla, muestran, que el grupo de edad que menos se presento fue de 50 a 59 años, seguido de 20- 24 y 30 a 34 años con un 12.26% y la que mayor se presento fue el grupo de 35 a 49 años con un 39.35%.

Tabla 1. EDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE LA UMF 21

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-24 años	19	12.26%
25-29 años	24	15.48%
30-34 años	19	12.26%
35-49 años	61	39.35%
50-54 años	16	10.32%
55-59 años	16	10.32%
Total	155	100.00%

Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Gráfica 1. EDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE LA UMF 21



Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Edad:

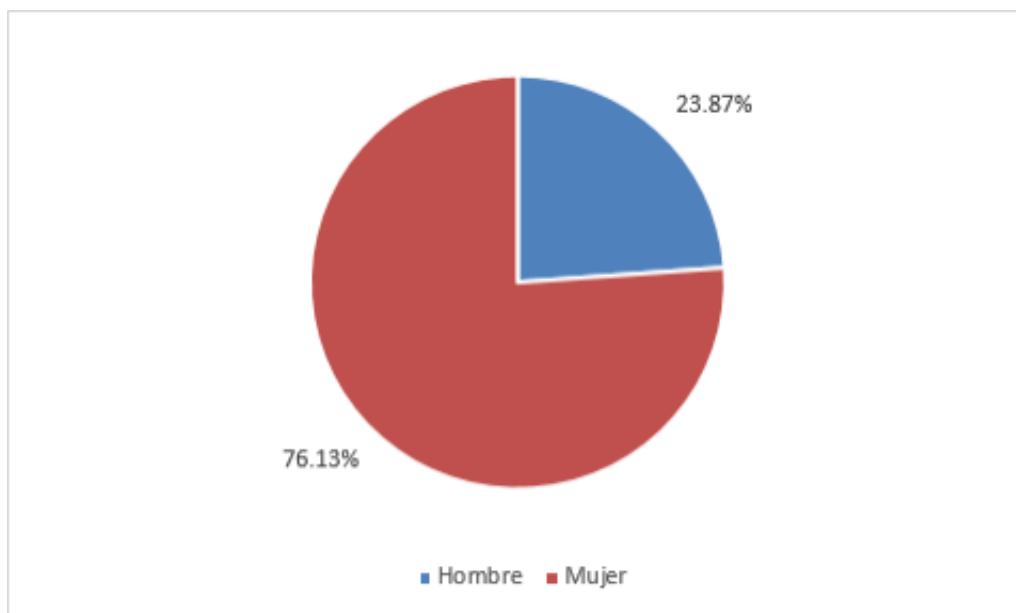
Los datos expuestos en la siguiente tabla, muestran que en un 76.1 de nuestra población estudiada son mujeres y en un 23.87 % son hombres.

Tabla 2. SEXO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE LA UMF 21

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombre	37	23.87%
Mujer	118	76.13%
Total	155	100.00%

Fuente: Base de datos “congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21”.

Gráfica 2. SEXO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE LA UMF 21



Fuente: Base de datos “congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21”.

Escolaridad:

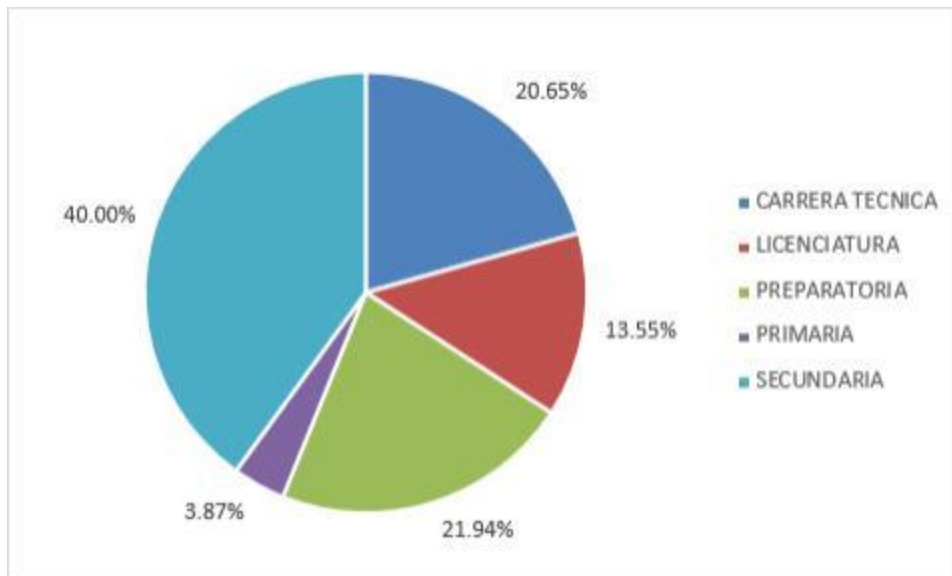
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden a la escolaridad de los pacientes, siendo la escolaridad más prevalente la secundaria, y la menos frecuente la primaria.

Tabla 3. ESCOLARIDAD EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Carrera técnica	32	20.65%
Licenciatura	21	13.55%
Preparatoria	34	21.94%
Primaria	6	3.87%
Secundaria	62	40.00%
Total	155	100.00%

Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Gráfica 3. ESCOLARIDAD EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21.



Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Ocupación:

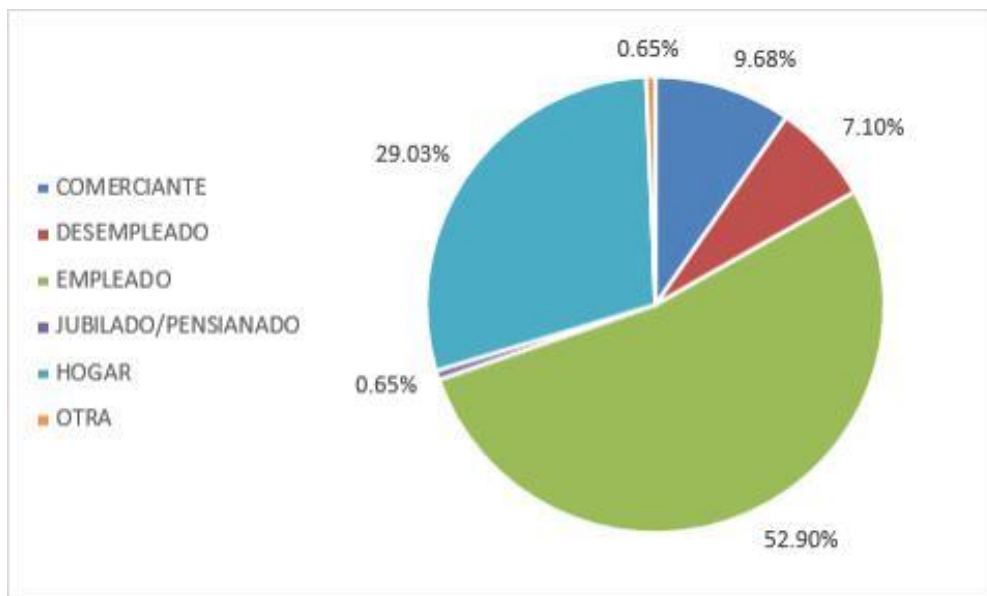
Los datos expuestos en la siguiente tabla corresponden a la ocupación en los pacientes con síndrome de intestino irritable, se obtuvo que la ocupación más frecuente en ellos es la de empleado, la menos frecuente, pacientes jubilados o pensionados.

Tabla 4. OCUPACIÓN EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Comerciante	15	9.68%
Desempleado	11	7.10%
Empleado	82	52.90%
Hogar	45	29.03%
Jubilado/ pensionado	1	0.65%
Otra	1	0.65%
Total	155	100.00%

Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Gráfica 4. OCUPACIÓN EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21



Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Tiempo de diagnóstico:

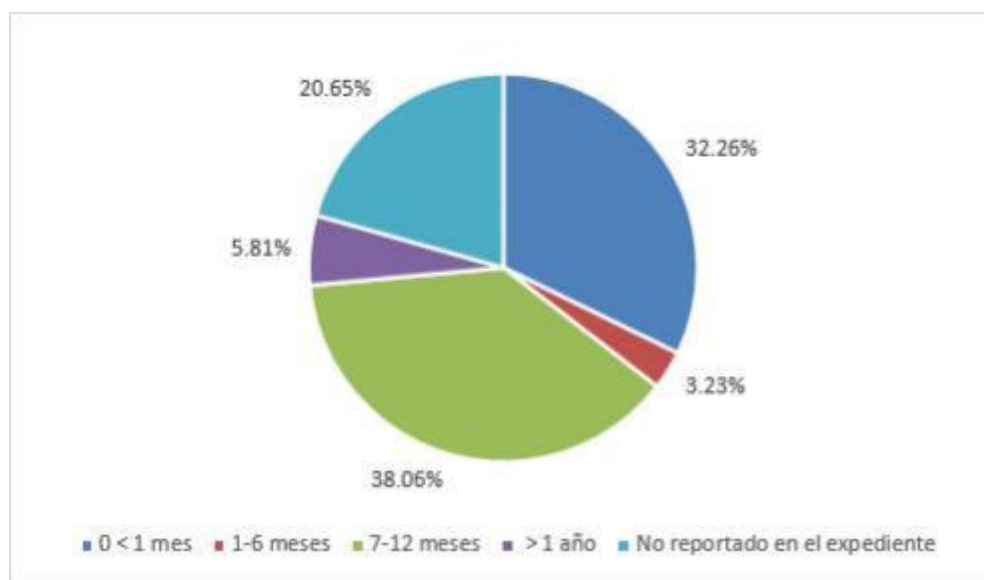
En la siguiente tabla se muestra el tiempo de diagnóstico que tienen los pacientes con síndrome de intestino irritable, encontrándose una mayor frecuencia en el rango de menos de 7 a 12 meses, y en menor frecuencia en el rango de 1 a 6 meses de edad.

Tabla 5. TIEMPO DE DIAGNÓSTICO EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 < 1 mes	50	32.26%
1-6 meses	5	3.23%
7-12 meses	59	38.06%
> 1 año	9	5.81%
No reportado en el expediente	32	20.65%
Total	155	100.00%

Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Grafica 5. TIEMPO DE DIAGNÓSTICO EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21



Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Distribución de pacientes por turno:

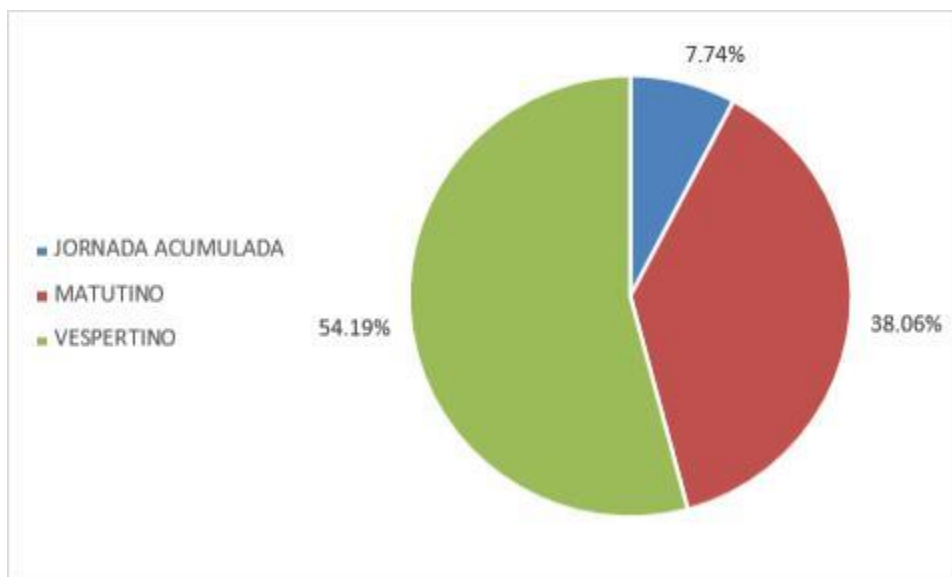
Los datos expuestos en la siguiente tabla y grafica muestra la distribución de pacientes por turno, dividido en el turno matutino, vespertino y jornada acumulada, observándose una mayor demanda de pacientes en el turno vespertino con un 54.19%.

Tabla 6. POBLACIÓN DE ADULTOS POR TURNO CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21

TURNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Matutino	59	38.06%
Vespertino	84	54.19%
Jornada acumulada	12	7.74%
Total	155	100.00%

Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Grafica 6. POBLACIÓN DE ADULTOS POR TURNO CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21.



Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Patrón de hábitos defecatorios:

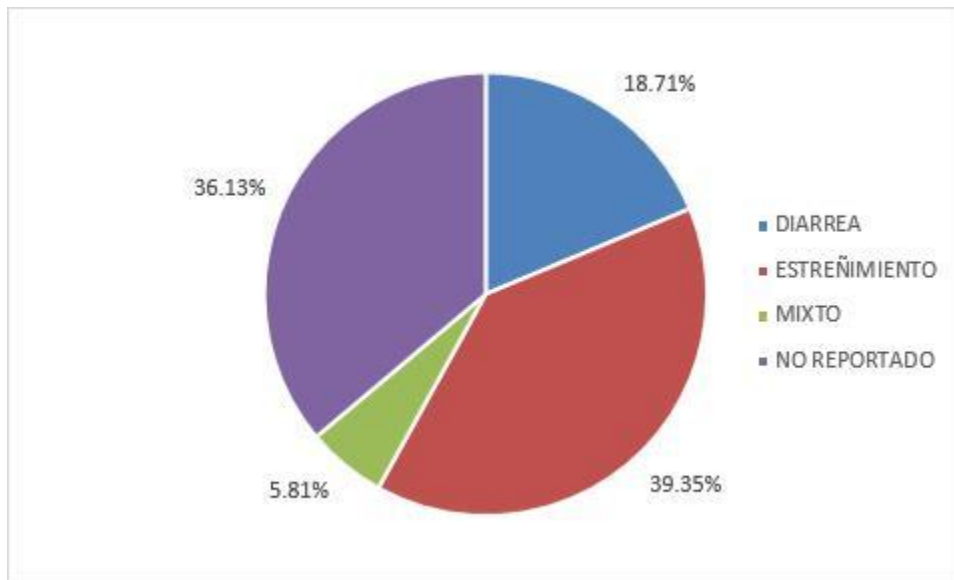
Se muestra en la siguiente tabla, la distribución de hábitos defecatorios de nuestra población estudiada, obteniendo con mayor frecuencia el patrón de estreñimiento y en menor frecuencia el mixto.

Tabla 7. PATRÓN DE HÁBITOS DEFECATORIOS EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21

PATRÓN DE HÁBITOS DEFECATORIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diarrea	29	18.71%
Estreñimiento	61	39.35%
Mixto	9	5.81%
No reportado	56	36.13%
Total	155	100.00%

Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Grafica 7. PATRÓN DE HÁBITOS DEFECATORIOS EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21



Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Síntoma:

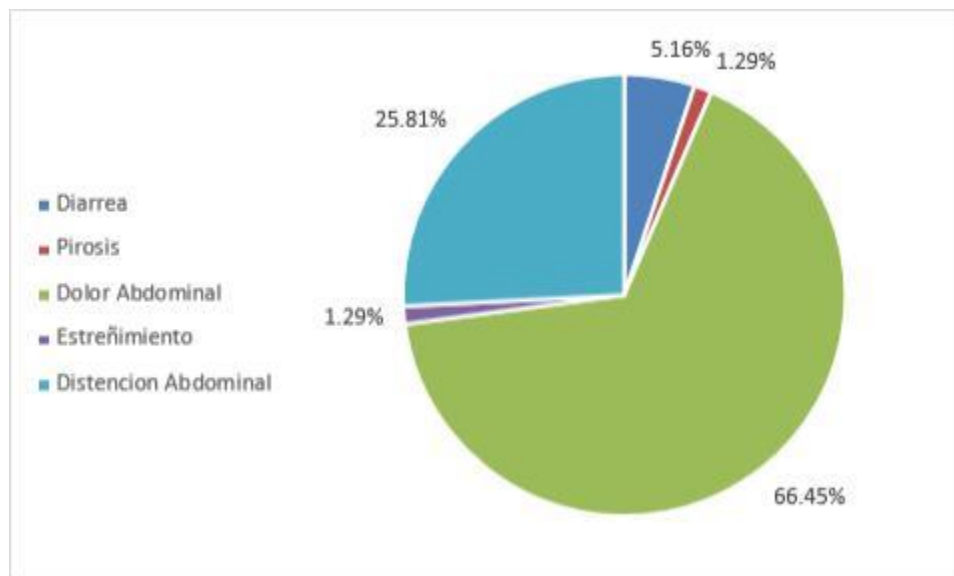
Los datos expuestos en la siguiente tabla, muestran el síntoma que se presenta con mayor frecuencia en los pacientes con síndrome de intestino irritable, siendo este el dolor abdominal, seguido de la distensión abdominal.

Tabla 8. SINTOMA MÁS FRECUENTE EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21

SINTOMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diarrea	8	5.16%
Distensión Abdominal	40	25.81%
Dolor Abdominal	103	66.45%
Estreñimiento	2	1.29%
Pirosis	2	1.29%
Total	155	100.00%

Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Gráfica 8. SINTOMA MÁS FRECUENTE EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21



Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Alimentación:

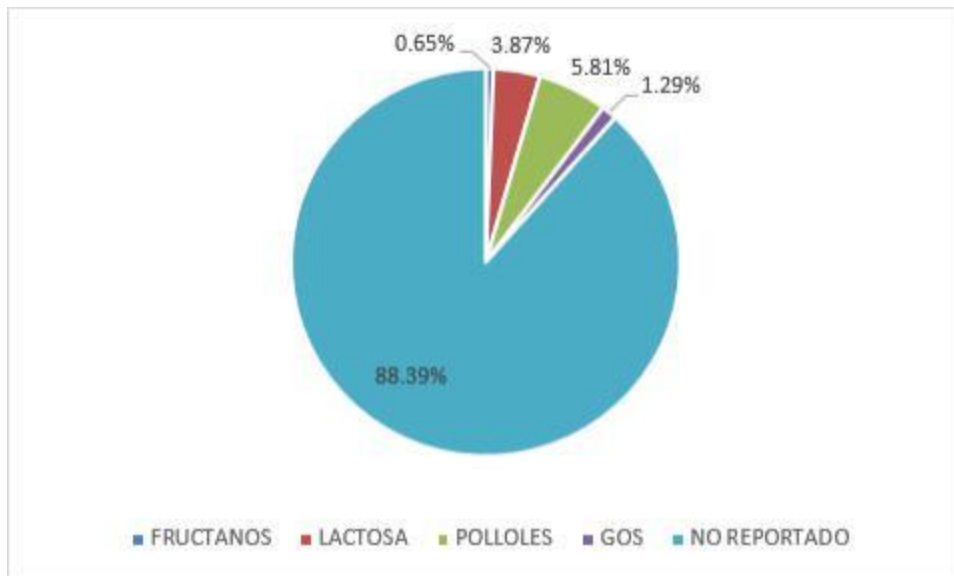
En la siguiente tabla se observa que alimentos se asocian con mayor frecuencia para la exacerbación del síndrome de intestino irritable, encontrando un porcentaje mínimo en fructanos y el más alto lo representa lo no reportado en el expediente electrónico.

Tabla 9. ALIMENTOS FODMAP'S CONSUMIDOS EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21

ALIMENTOS FODMAP'S	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Fructanos	1	0.65%
Gos	2	1.29%
Lactosa	6	3.87%
No reportado	137	88.39%
Polioles	9	5.81%
Total	155	100.00%

Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Grafica 9. ALIMENTOS FODMAP'S CONSUMIDOS EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21



Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

De acuerdo a la lista de cotejo se obtuvieron los datos más relevantes que nos permiten identificar que características se deben indagar en la sintomatología digestiva para hacer un adecuado diagnóstico y por lo tanto un adecuado tratamiento.

Manifestaciones gastrointestinales

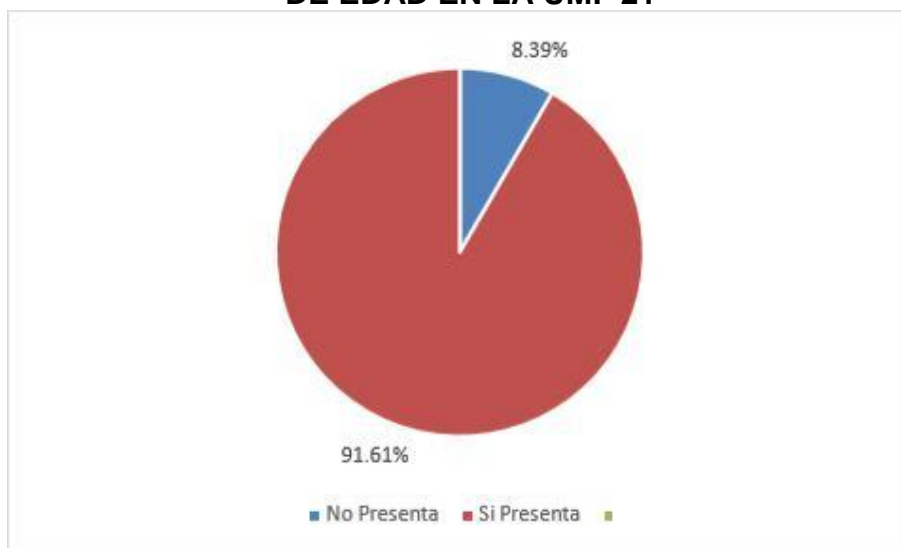
En la tabla se puede observar que la mayoría de los pacientes en un 91.6% si presentan manifestaciones gastrointestinales.

Tabla 10. FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21

MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No presenta	13	8.39%
Si presenta	142	91.61%
Total	155	100.00%

Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Gráfica 10. FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21



Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Manifestaciones extraintestinales:

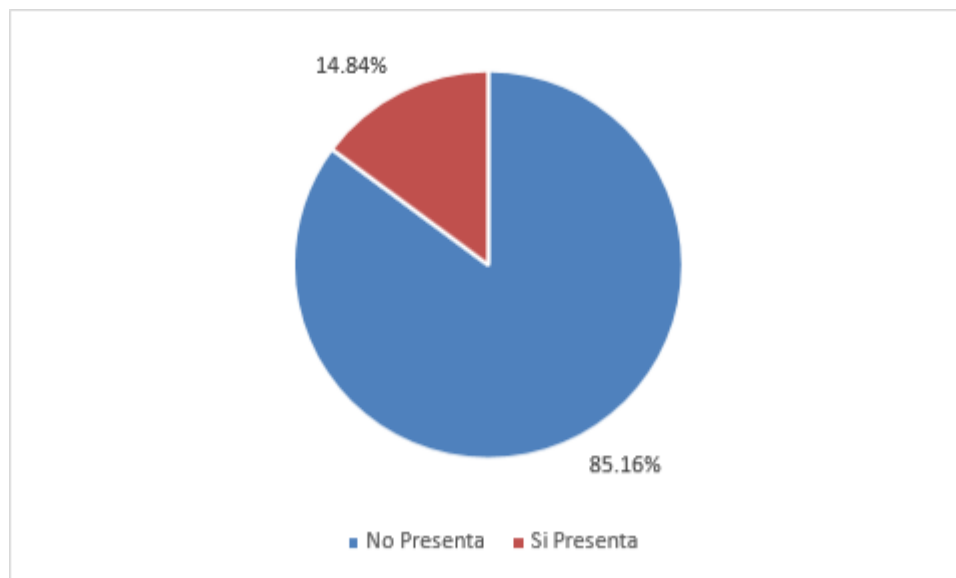
Como se observa en la siguiente tabla, sucede lo contrario en cuanto las manifestaciones extraintestinales, que se presenta con una menor frecuencia en un 14.84%.

Tabla 11. FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES EXTRA INTESTINALES EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No presenta	132	85.16%
Si presenta	23	14.84%
Total	155	100.00%

Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Gráfica 11. FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES EXTRA INTESTINALES EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21



Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Las siguientes 3 tablas y gráficos, hacen referencia a conocer si se interroga o no sobre la escala de Bristol, los criterios de roma III y la exploración física para el síndrome de intestino irritable.

Escala de Bristol

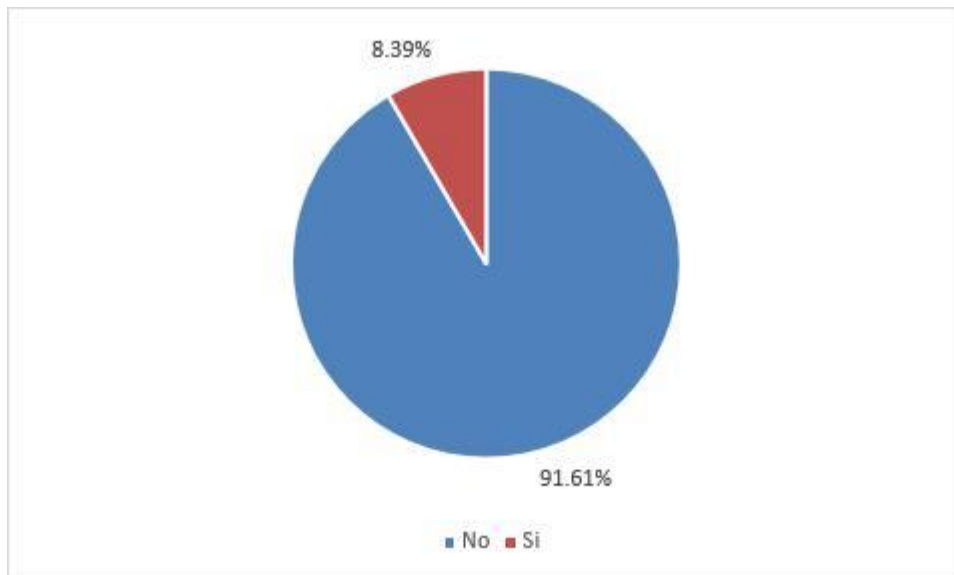
Se encontró que en un 91.61% de los pacientes no se interroga sobre esta escala, la cual es muy útil para orientarnos sobre la variedad del síndrome de intestino irritable.

Tabla 12. ESCALA DE BRISTOL EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21

ESCALA DE BRISTOL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	142	91.61%
Si	13	8.39%
Total	155	100.00%

Fuente: Base de datos “congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21”.

Gráfica 12. ESCALA DE BRISTOL EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21



Fuente: Base de datos “congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21”.

Criterios de roma III:

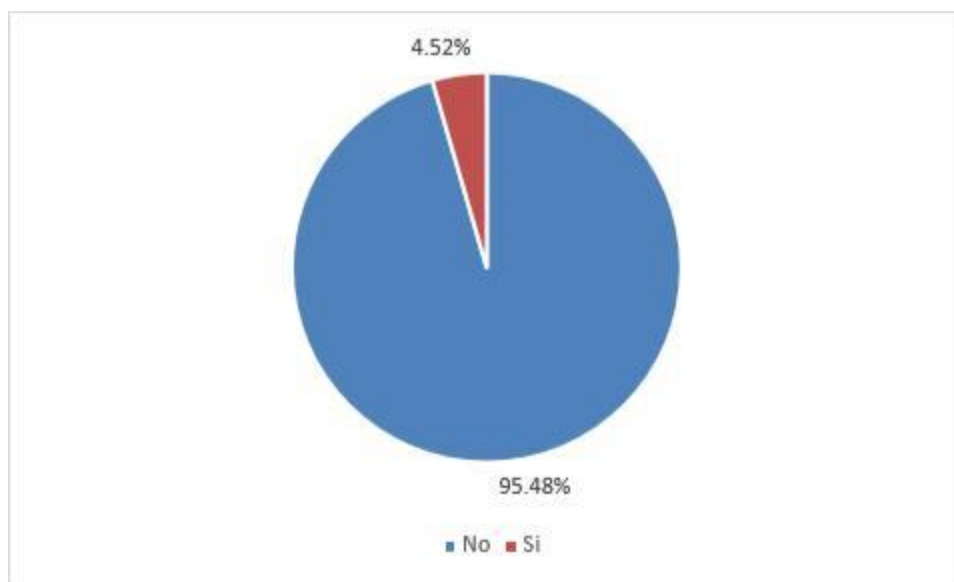
Se puede observar que en este rubro, no se interroga sobre los criterios de Roma III, solo en un 4.52% se interroga sobre los mismos.

Tabla 13. CRITERIOS DE ROMA III EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21

CRITERIOS ROMA III	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	148	95.48%
Si	7	4.52%
Total	155	100.00%

Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Gráfica 13. CRITERIOS DE ROMA III EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21



Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Exploración física:

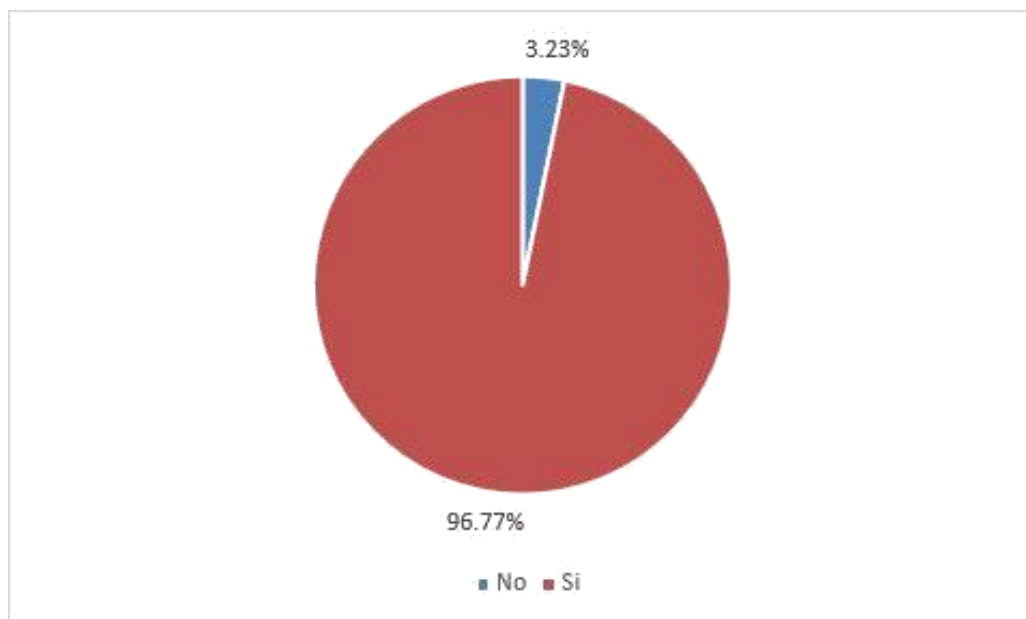
Los datos expuestos en esta tabla, muestran que en un 96.7% se realiza la exploración física del aparato digestivo.

Tabla 14. EXPLORACIÓN FÍSICA EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE INTestino IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21

EXPLORACIÓN FÍSICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	5	3.23%
Si	150	96.77%
Total	155	100.00%

Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Gráfica 14. EXPLORACIÓN FÍSICA EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE INTestino IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21



Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Disminución de FODMAPS:

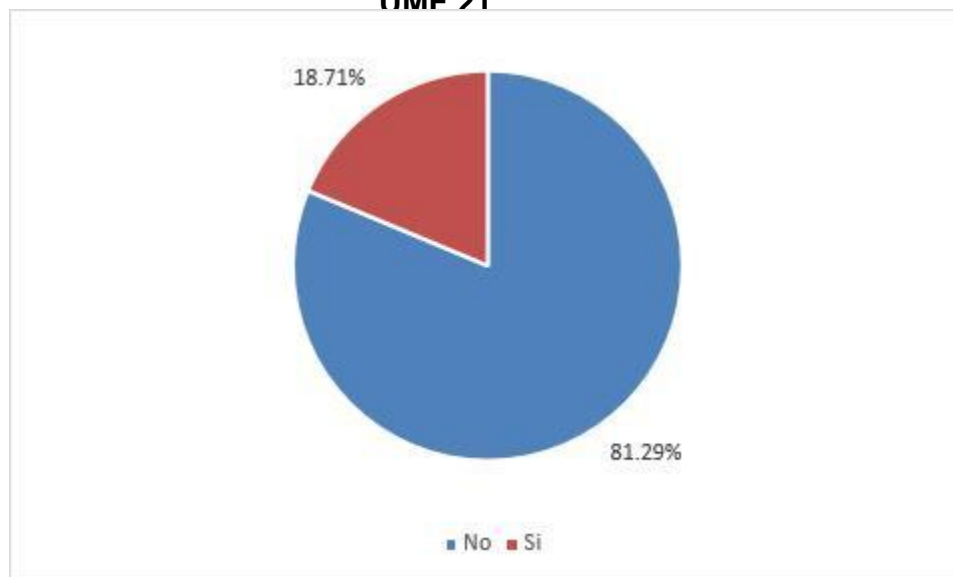
Como se observa en la siguiente tabla, respecto a si se hace hincapié o no en la disminución de FODMAPS, se encontró que en un 81.29% no se sugiere la disminución de los mismos, para disminuir la sintomatología del padecimiento estudiado.

Tabla 15. DISMINUCIÓN DE FODMAPS EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21

FODMAPS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	126	81.29%
Si	29	18.71%
Total	155	100.00%

Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Gráfica 15. DISMINUCIÓN DE FODMAPS EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21



Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Medidas de dietoterapia:

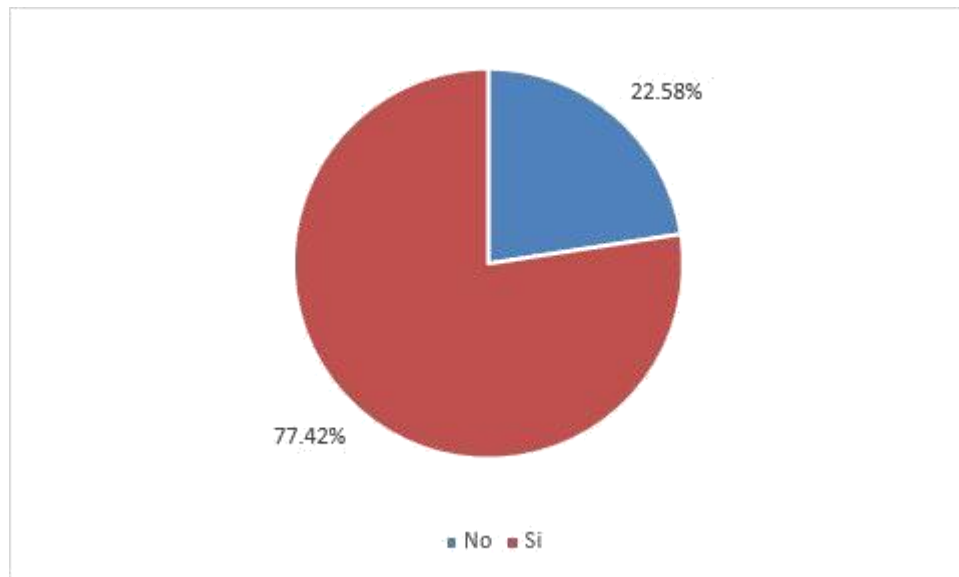
Se muestra en este rubro que en un 77.42% se ofrecen medidas de dietoterapia para la disminución de la sintomatología del síndrome de intestino irritable, mientras que un 22.58%.

Tabla 16. MEDIDAS DE DIETOTERAPIA EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21

MEDIDAS DIETOTERAPIA	FRECUENCIA	PROMEDIO
No	35	22.58%
Si	120	77.42%
Total	155	100.00%

Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Gráfica 16. MEDIDAS DE DIETOTERAPIA EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21



Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Tratamiento:

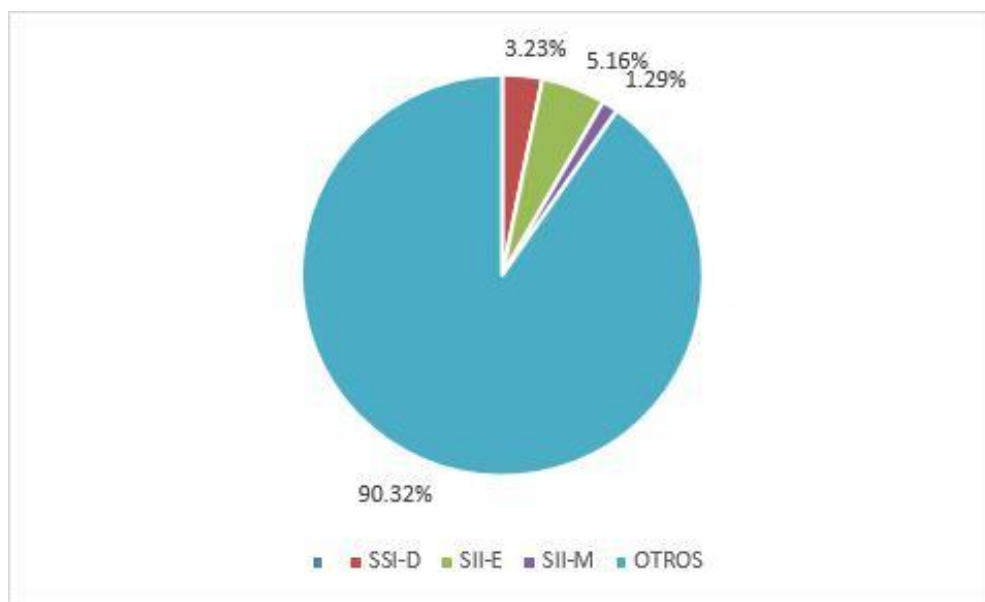
En este rubro se muestra que porcentaje de la población, se le ofreció tratamiento según la variedad que presento, en este caso se observa que en un 8% con variedad en estreñimiento le fue otorgado Plantago como primera línea, el 5% fue para la variante de diarrea, otorgando Loperamida y el 2% para la variante mixta ofreciendo un inhibidor de la recaptura de serotonina, al 90.32% de la población se le ofreció otro tratamiento.

Tabla 17. VARIEDAD CLINICA Y TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21

VARIEDAD CLINICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SSI-D	5	3.23%
SII-E	8	5.16%
SII-M	2	1.29%
NO APLICA	140	90.32%
Total	155	100.00%

Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Gráfica 17. VARIEDAD CLINICA Y TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21



Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

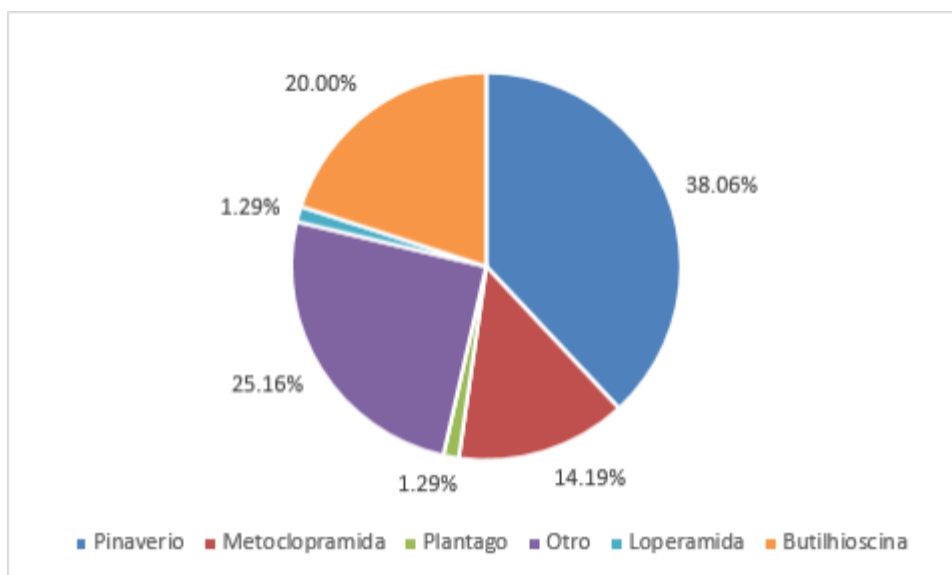
Dentro del tratamiento, se muestra cual es el que se ofreció con mayor frecuencia, teniendo en un 38.06% el Bromuro de Pinaverio, siendo Loperamida y plantago los más bajos con un 2%

Tabla 18. TRATAMIENTO MÁS OTORGADO EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pinaverio	59	38.06%
Metoclopramida	22	14.19%
Butilioscina	31	20.00%
Loperamida	2	1.29%
Plantago	2	1.29%
Otro	39	25.16%
Total	155	100.00%

Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

Gráfica 18. TRATAMIENTO MÁS OTORGADO EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21



Fuente: Base de datos "congruencia diagnóstico terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años de edad en la UMF 21".

XVIII. DISCUSIÓN

El síndrome de intestino irritable, es una patología gastrointestinal diagnosticada con frecuencia y supone cerca del 28% de las derivaciones al gastroenterólogo. En México y Latinoamérica existen pocos estudios epidemiológicos, que permitan conocer con exactitud la magnitud del problema, se estima una prevalencia en población general de 10 al 20%. Se presenta en todos los grupos de edad, incluyendo niños y ancianos, aunque se presenta frecuentemente a la edad de 30 a 50 años de edad. En nuestro estudio se obtuvo efectivamente que el grupo más representativo lo ocupa la población de 35- 49 años de edad. Afecta tanto a hombres como a mujeres, sin embargo aproximadamente el 60-75% de los afectados son mujeres, situación que es comprobada en nuestro estudio ya que el 76.13% son mujeres y un 23.87% son hombres.

La prevalencia de los subtipos según la alteración del hábito intestinal y los criterios de Roma es muy variable, por ejemplo el SII con predominio de constipación va del 5.2 al 66%, para SII con predominio de diarrea va del 0.8 a 33.9% y para el subtipo mixto va del 5.5 al 33.1%; en nuestros resultados se obtuvo algo similar la variante con un mayor porcentaje es para la constipación o estreñimiento con un 39.35% de acuerdo al número de población estudiada. De acuerdo a la GPC Recomendaciones y evidencias del SII, se pretende estandarizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos con el fin de mejorar los procesos de atención médica para una mejor calidad de vida en el paciente, y de forma secundaria reducir costos.

Aunque no existen criterios clínicos con la precisión deseada para establecer el diagnóstico de SII, se recomienda utilizar los criterios de Roma III, sin embargo observamos en este estudio que en el 95.4% de los expedientes revisados no se registran dichos criterios; se recomienda también interrogar la forma habitual de las deposiciones, utilizando la escala de bristol, en nuestro estudio se

encontró que en un 91.6% de los casos no se pregunta dicha escala. Respecto a la exploración física se sabe que el cuadro es inespecífico y pudiera detectarse solo son dolor abdominal (localizado o difuso), o alteración de los movimientos intestinales, en nuestro estudio se comprueba que en un 66.45% se presenta el dolor abdominal como síntoma principal, seguido de distensión abdominal con un 25.81%.

En cuanto al tratamiento no farmacológico, es importante indagar sobre los posibles desencadenantes de la enfermedad como son estrés, infecciones, uso de antibióticos, tipo de alimentación, etc. En este último punto se debe recomendar la disminución de alimentos FODMAPS por ejemplo, los cuales tiene aumento en la retención de agua intestinal y la producción de gases, favoreciendo la distensión intestinal y toda la sintomatología ya conocida. De igual forma es necesario y muy importante proporcionar medidas de dietoterapia, tales como evitar ayunos prolongados, realizar a la ingesta de alimentos lentamente, evitar bebidas que contengan cafeína, etc. En nuestro estudio se encontró que de estas tres características antes mencionadas solo se hace hincapié en las medidas dietéticas en un 77.42%, no se interroga los posibles desencadenantes de la sintomatología y tampoco se orienta a disminuir el consumo de alimentos FODMAPS. Dentro del tratamiento farmacológico los grupos más representativos para el SII son los antiespasmódicos, antidiarreicos y laxantes.

Según la GPC se menciona que dependiendo de la variedad clínica que presente el paciente es el tratamiento farmacológico que se otorgará, en este caso si se trata de SII- con predominio de diarrea lo ideal sería otorgar Loperamida como primera línea, para la disminución de la frecuencia en las evacuaciones. Si la variedad es SII- con constipación o estreñimiento el tratamiento inicial es Psyllium plantago y Bromuro de Pinaverio, por ultimo si la variedad es SII- con patrón mixto se ofrece de forma inicial bromuro de Pinaverio , Butilhioscina por razón necesaria, o algún antidepresivo inhibidor de

la recaptura de serotonina si es SII-C o SII-M antidepresivo tricíclico si fuera SII-D. En el estudio realizado se encontró que en el 36.13 % de los casos no se reporta el patrón de hábitos defecatorios, el 39.33% se reporta con patrón de estreñimiento y de esa población solo al 5.16% se le otorgó en tratamiento sugerido por la GPC. Para el patrón de diarrea se encontró un 18.71% del cual solo un 3.23% se le ofreció el tratamiento ideal, por ultimo para el patrón mixto reportado en un 5.81%, se le dio tratamiento en un 1.29%.

XIX. CONCLUSIÓN

Dentro del estudio se pudo identificar la presencia de algunos datos clínicos que orientan hacia el diagnóstico de la enfermedad, sin embargo no se indaga sobre los criterios de Roma III, que nos permitirían unificar datos para llegar al diagnóstico, solo de forma aislada se interroga sobre los síntomas gastrointestinales y extraintestinales. En cuanto al tratamiento se ofrece tratamiento de los más utilizados y recomendados por la GPC para este padecimiento como los antiespasmódicos, encontrando en nuestro estudio que se otorgó Bromuro de Pinaverio en un 38.06% y Butilioscina en un 20%, sin embargo al no interrogarse de manera adecuada la sintomatología, no hacer uso de los criterios de Roma III e indagar el patrón de hábitos defecatorios, no es posible otorgar el tratamiento adecuado para las 3 diferentes variedades de la patología, por lo tanto no existe congruencia diagnóstico - terapéutica para el síndrome de intestino irritable.

XX. SUGERENCIAS

Se encuentra por medio de este estudio, que las notas médicas de los expedientes clínicos revisados de la población adscrita a la UMF número 21 con diagnóstico de síndrome de intestino irritable; como primer punto existe la falta de datos clínicos en el padecimiento actual, así como el tiempo de evolución de la enfermedad.

Se sugieren de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio lo siguiente:

- ✓ Interrogar de manera adecuada el padecimiento actual, con la semiología correspondiente.
- ✓ Indagar en los factores desencadenantes de la sintomatología.
- ✓ Utilizar los criterios de Roma III, hacer uso de la escala de bristol
- ✓ Hacer énfasis en la descripción del padecimiento actual del paciente, orientarlo a la disminución de FODMAPS, así como proporcionar medidas de dietoterapia.
- ✓ Dependiendo de la variedad clínica del SII, ofrecer el tratamiento farmacológico inicial sugerido por la GPC.
- ✓ Realizar pláticas y promoción a la salud dirigida a los derechohabientes para que conozcan la enfermedad y las medidas higiénico dietéticas que deben emplear para la disminución de los síntomas.

XXI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mearin F, Caballero AM, Serra J. A retrospective and prospective 12-month observational study of the socioeconomic burden of moderate to severe irritable bowel syndrome with constipation in Spain. *Gastroenterol Hepatol.* 2019 Jan 3; 18 (1): 30315-7. Available from: 10.1016/j.gastrohep.2018.10.008.
2. Mearin F, Rey E, Santander C. Irritable bowel syndrome: How to improve decision making in clinical practice. *Med Clin (Barc).* 2018 Dec 21; 151(12):489-497.
3. Guía de práctica clínica, Diagnóstico y tratamiento del intestino irritable en el adulto. Evidencias y recomendaciones, Coordinación técnica de excelencia clínica, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, Actualización 2015. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/042_GP_C.html
4. Eamonn M, Fried M, Kok W. World Gastroenterology Organization. Síndrome de Intestino Irritable: una Perspectiva Mundial. Estados Unidos de America: Directrices Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología, 2015.
5. Veitia G, Pernalet B, Cachima L, Manuitt J, La Cruz M, Da Farías A, et al. Prevalencia del síndrome intestino irritable en la población adulta venezolana. *Rev GEN (Gastroenterología nacional).* 2013; (67):139–44.
6. Delgado EG, Cervantes P, Hernández J. Síndrome de intestino irritable, un padecimiento con enfoque integral, *Revista Médica MD.* 2015; 6(4):300-306.
7. Amieva BM, Azamar JA, Rojas CI, et al. Prevalencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con antecedente de colecistectomía. ¿Existe alguna asociación? *Med Int Méx.* 2016 Mar; 32 (2): 161-168.
8. Carmona R, Icaza ME, Bielsa MV, et al. Consenso mexicano sobre el síndrome de intestino irritable, *Revista de gastroenterología de México,* 2016; 81(3):149-167.
9. Bautista R, Ortiz RM, Muñoz S. Síndrome de intestino irritable en estudiantes de medicina. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.* 2011; 54(3):4- 11
10. Bashashati M, MoradiM, Sarosiekl. Interleukin-6 in irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis of IL-6 (- G174C) and circulating IL-6 levels .*Cytokine.* 2017 Nov; 99:132-138.

11. Fang H, Chenlu W, Pan L, et al. Functions and Signaling Pathways of Amino Acids in Intestinal Inflammation. *Biomed Res Int.* 2018; 2018: 9171905.

12. Tojo R, Suarez A, Ruas P, et al. Síndrome de intestino irritable; papel de la microbiota y probiótico terapia. *Nutrición hospitalaria*, 2015; 31 (supl 1): 83-88.
13. Schmulson M, Bielsa MB, Carmona R, et al. Microbiota, infecciones gastrointestinales, inflamación de bajo grado y antibioticoterapia en el síndrome de intestino irritable. Una revisión basada en evidencias. *Revista de Gastroenterología de México*. 2014; 79(2):96-134.
14. Bohn L, Störsrud S, Liljebo T, et al. Diet Low in FODMAPs Reduces Symptoms of Irritable Bowel Syndrome as Well as Traditional Dietary Advice: A Randomized Controlled Trial. *Gastroenterology* 2015; 149:1399–1407.
15. Mayer EA, Savidge T, Shulman RJ. Brain-gut microbiome interactions and functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2014;146:1500-1512.
16. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, et al. Guía de Práctica Clínica. Síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos. Concepto, diagnóstico y continuidad asistencial (parte 1). *Med Gen Fam*. 2017; 6(1): 23-35. Available from: <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.005>
17. Boyer J, Saint-paul MC, Dadone B, et al. Inflammatory cell distribution in colon mucosa as a new tool for diagnosis of irritable bowel syndrome: A promising pilot study. *Send to Neurogastroenterol Motil*. 2018 Jan; 30(1)
18. Rana SV, Malik A. Breath tests and irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*. 2014 Jun 28; 20(24): 7587–7601.
19. Sung HY, Yong SK. Fructose Malabsorption in Patients With Irritable Bowel Syndrome-like Symptoms: What Is the Role in the Pathogenesis and Clinical Implication?. *J Neurogastroenterol Motil*, 2014, 20 (2) 135-137.
20. Linsalata M, Riezzo G, D'Atoma, et al. Noninvasive biomarkers of gut barrier function identify two subtypes of patients suffering from diarrhoea predominant-IBS: a case-control study. *BMC Gastroenterology* 2018; 18: 167.
21. Soares RL, Irritable bowel syndrome: a clinical review. *World J Gastroenterol*. 2014 Sep 14; 20(34):12144-60.
22. Däbritz J, Musci J, Foell D, et al. Diagnostic utility of faecal bio-markers in patients with irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*. 2014; 20:363-75.
23. Chang MH, Chou JW, Chen SM, et al. Faecal calprotectin as a novel biomarker for differentiating between inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. *Mol Med Rep*. 2014; 10, 522-6.
24. Pimentel M, Morales W, Rezaie A, et al. Development and validation of a biomarker for diarrhea-predominant irritable bowel syndrome in human subjects. *PLoS One*. 2015; 10: e0126438.

25. Sood R, Gracie DJ, Law GR, et al. Systematic review with meta-analysis: The accuracy of diagnosing irritable bowel syndrome with symptoms, biomarkers and/or psychological markers. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015; 42:491-503.
26. Camilleri M. Review article: Biomarkers and personalised therapy in functional lower gastrointestinal disorders. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015; 42:818-28.
27. Johannesson E, Ringstrom G, Abrahamsson H, et al. Intervention to increase physical activity in irritable bowel syndrome shows long-term positive effects. *World J Gastroenterol.* 2015 Jan 14; 21 (2):600-608.
28. Rao SSC, Yu S, Fedewa A. Systematic review: dietary fibre and FODMAP-restricted diet in the management of constipation and irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015; 41: (12),1256-70.
29. Mearín F, Ciriza C, Mínguez M, et al. Guía de práctica clínica del síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos: tratamiento. (Parte 2 de 2). *Aten Primaria.* 2017;49(3):177-194.
30. Furnari M, de Bortoli N, Martinucci I, et al. Optimal management of constipation associated with irritable bowel syndrome. *Ther Clin Risk Manag.* 2015; 11:691-703.
31. Moayyedi P, Quigley E, Lacy BE, et al. The effect of fiber supplementation on irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2014 Sep; 109 (9):1367-74.
32. Rizzello F, Ricci C, Scandella M. Dietary geraniol ameliorates intestinal dysbiosis and relieves symptoms in irritable bowel syndrome patients: a pilot study. *BMC Complement Altern Med.* 2018 Dec 19; 18(1):338
33. Dolan R, Chey WD, Swaran S. The role of diet in the management of irritable bowel syndrome: a focus on FODMAPs. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2018 Jun; 12(6):607-615.
34. Halmos EP, Power VA, Sheperd SJ, et al. A diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology.* 2014; 146 (1):67-75.
35. Garsed K, Chernova J, Hastings M, et al. A randomised trial of ondansetron for the treatment of irritable bowel syndrome with diarrhoea. *Gut.* 2014; 63:1617-25.
36. Sinagra E, Morreale GC, Mohammadian G. New therapeutic perspectives in irritable bowel syndrome: Targeting low-grade inflammation, immuno-neuroendocrine axis, motility, secretion and beyond. *World J Gastroenterol.* 2017 Sep 28; 23(36):6593-6627.

37. Barbara G, Cremon C, Azpiroz F. Probiotics in irritable bowel syndrome: Where are we?. *Neurogastroenterol Motil.* 2018 Dec;30(12):e13513.
38. Ford AC, Quigley EMM, Lacy BE, et al. Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in irritable bowel syndrome: Systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2014; 109:1350-65.
39. Vanuystel T, Tack JF, Boeckxstaens G. Treatment of abdominal pain in irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol.* 2014; 49:1193-205.
40. Bruzzese F, Pesce M, Sarnelli G, Pharmacokinetic drug evaluation of rifaximin for treatment of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. *Expert Opin Drug Metab Toxicol.* 2018 Jul; 14(7):753-760

XXII. ANEXOS

Cuadro 1.

Cuadro 1. Criterios diagnósticos ROMA III para el Síndrome de Intestino Irritable
<ul style="list-style-type: none">• Instalación de los síntomas por lo menos 6 meses antes del diagnóstico.• Dolor o molestia abdominal recurrente durante >3 días por mes en los últimos 3 meses.• Por lo menos dos de las siguientes características:<ul style="list-style-type: none">-Mejora con la defecación-Se acompaña de alteraciones en la frecuencia de las deposiciones-Se acompaña de variaciones en la forma de las deposiciones

González-Gamarra RG, et al. Prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en la Población Adulta de Chiclayo durante el año 2011. *Rev. Gastroenterol. Perú* 2012; 32-4:381-386.

Tabla 1.

Tabla 1 – Criterios* de Roma IV para el diagnóstico de síndrome del intestino irritable con predominio estreñimiento³.
Dolor abdominal recurrente, como media, al menos un día a la semana en los últimos tres meses relacionado con dos o más de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none">– Se relaciona con la defecación– Se asocia a un cambio en la frecuencia de las deposiciones– Se asocia a un cambio en la forma (aparición) de las deposiciones
En el SII con predominio de estreñimiento más de un 25% de las deposiciones con heces tipo 1 o 2 de Bristol y menos del 25% con heces tipo 6 o 7 de Bristol (el paciente refiere que sus deposiciones alteradas son habitualmente como estreñimiento). El hábito intestinal predominante se basa en la forma de las heces en los días con al menos una deposición alterada. El predominio de estreñimiento sólo puede ser establecido con seguridad cuando el paciente es evaluado sin tomar medicación para tratar alteraciones del hábito intestinal.
* Los criterios deben cumplirse al menos durante los últimos tres meses y los síntomas deben haberse iniciado como mínimo seis meses antes del diagnóstico.

Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, et al. Guía de Práctica Clínica. Síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos. Concepto, diagnóstico y continuidad asistencial (parte 1). *Med Gen Fam.* 2017; 6(1): 23-35.

Tabla 2

Tabla 2 – Criterios* de Roma IV para el diagnóstico de estreñimiento funcional³.
1. Presencia de dos o más de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none">• Esfuerzo excesivo al menos en el 25% de las deposiciones.• Heces duras al menos en el 25% de las deposiciones (tipo 1-2 de Bristol)• Sensación de evacuación incompleta al menos en el 25% de las deposiciones.• Sensación de obstrucción o bloqueo anorrectal al menos en el 25% de las deposiciones.• Maniobras manuales para facilitar la defecación al menos en el 25% de las deposiciones.• Menos de tres deposiciones espontáneas completas a la semana.
2. La presencia de heces líquidas es rara sin el uso de laxantes.
3. No deben existir criterios suficientes para el diagnóstico de SII.
<i>*Los criterios deben cumplirse al menos durante los últimos tres meses y los síntomas deben haberse iniciado como mínimo seis meses antes del diagnóstico.</i>

Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, et al. Guía de Práctica Clínica. Síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos. Concepto, diagnóstico y continuidad asistencial (parte 1). Med Gen Fam. 2017; 6(1): 23-35.

Tabla 3

Tabla 1 Medidas higiénico-dietéticas en el SII-E/EF
<ul style="list-style-type: none">• Ingesta de 25-30 g de fibra soluble con la dieta al día• Ingesta adecuada de líquido (1,5-2 l al día)• Ejercicio aeróbico regular (ajustado a las condiciones físicas de cada individuo y a sus preferencias)• Dieta equilibrada• Patrón regular de comidas• Evitar comidas copiosas, grasas, fibra insoluble y alimentos flatulentos• En algunos pacientes el sorbitol, las grasas, el alcohol, el trigo, los frutos secos o la leche pueden exacerbar la sintomatología del SII, aunque las dietas con exclusión de estos alimentos no han mostrado resultados concluyentes

Fermín Mearin, Constanza Ciriza, Miguel Mínguez, Enrique Rey. Guía de Práctica Clínica: Síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos. Rev esp enfeRm dig. 2016; vol. 108 N° 6 pp. 332-363.

Imagen 1

Tipo 1		Trozos duros separados, como nueces, que pasan con dificultad
Tipo 2		Como una salchicha compuesta de fragmentos
Tipo 3		Con forma de morcilla con grietas en la superficie
Tipo 4		Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda
Tipo 5		Trozos de masa pastosa con bordes definidos, que son defecados fácilmente
Tipo 6		Fragmentos blandos y esponjosos con bordes irregulares y consistencia pastosa
Tipo 7	Completamente líquidas	Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida

Figura 3 – Escala de Bristol (Traducido de: Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol.* 1997; 32: 920-4).

Fermín Mearin, Constanza Ciriza, Miguel Mínguez, Enrique Rey. Guía de Práctica Clínica: Síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos. *Rev esp enfeRm dig.* 2016; vol. 108 N° 6 pp. 332-363



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE
INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"CONGRUENCIA DIAGNÓSTICO – TERAPÉUTICA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 21"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, 1° agosto 2019
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se me ha explicado que el síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno digestivo frecuente. Está investigación tratará de valorar el diagnóstico con el tratamiento que se nos otorga a los que sufrimos esta enfermedad.
Procedimiento:	Se realizará la revisión de mi expediente para valorar el diagnóstico y el tratamiento que se me otorga.
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha informado que no tendré ninguna molestia física ni emocional derivado del estudio.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con este estudio se mejorará la atención que recibimos los pacientes que sufrimos de síndrome de intestino irritable
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se harán a través del investigador quien valorara las opciones de tratamiento que se nos pueden brindar.
Participación o retiro:	De manera voluntaria ingresaré al estudio y podré retirarme del mismo, sin repercutir en mi tratamiento, ni en los beneficios de mi atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha informado que no se mencionará mi nombre, ni se me identificará de otra forma en este trabajo o en cualquier otro derivado del mismo.
En caso de colección de material biológico (si aplica)	
<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra.	
<input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	
<input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Con este estudio se pretende mejorar la atención que recibimos los pacientes que sufrimos de síndrome de intestino irritable
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a : Investigador responsable:	Alejandra Palacios Hernández Médica Cirujana. Especialista en Medicina Familiar Matricula: 98381032 Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar Adscripción: UMF N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso" Tel:5564219567 Fax: sin fax Email:alejandraph28@gmail.com
Colaboradores:	Rodolfo Varela Almanza Médico Cirujano. Especialista en Medicina Familiar Matricula: 99387574 Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar Adscripción: UMF N. 21 "Francisco del Paso y Troncoso" Tel: 5540375675 Fax: sin fax Email: dr.rva@hotmail.com Jeannette Ahinoan Ramírez Montiel Médica residente de tercer año del curso de especialización en medicina familiar. Matrícula 97380820 Adscripción: Consulta externa, UMF 21, Tel 5548277945 , Fax: sin fax, Email: ahin7_13@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. Ciudad de México, C.P. 06720 Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto	Ramírez Montiel Jeannette Ahinoan
Testigo 1	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Nombre, dirección relación y firma	Testigo 2
	Nombre, dirección relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse se acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



Instituto Mexicano del Seguro Social
 Unidad de Medicina Familiar No. 21
 "Francisco del Paso y Troncoso"

Protocolo: CONGRUENCIA DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD

Investigadores: Jeannette Ahinoan Ramírez Montiel *, Alejandra Palacios Hernández**, Rodolfo Varela Almanza***

INSTRUMENTO: Cuestionario sociodemográfico

Se realizara revisión de expedientes a todas aquellas pacientes que cumplan con las siguientes características:

1. Pacientes de 20 a 59 años de edad
2. Derechohabiente de la Unidad de Medicina familiar número 21 IMSS

1	FOLIO _____	
2	Fecha (dd/mm/aa) ____ / ____ / ____	3. Tiempo de Diagnóstico:
4	Nombre: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Apellido Paterno Apellido Materno Nombre </div>	
5	NSS: _____ 6. IMC :	
7	Turno: 1. Matutino () 2. Vespertino () 3. Jornada Acumulada ()	
8	Número de Consultorio: (____)	
9	Edad: _____ años cumplidos	
10	ESTADO CIVIL 1.Soltero () 2.Casado () 3.Divorciado () 4.Separado () 5.Unión libre () 6. Viudo(a) ()	
11	ESCOLARIDAD 1.- Sin escolaridad () 2.-Primaria ()3.- Secundaria () 4.-Carrera Técnica () 5.- Preparatoria () 6.-Licenciatura () 7.-Posgrado ()	
12	OCUPACIÓN: 1. Hogar 2. Empleado 3. Comerciante 4. Jubilado /Pensionada 5.Desempleada 6.Estudiante 7. Otro (cual) _____	
13	¿Qué patrón de hábitos defecatorios presenta? 1. Estreñimiento 2. Diarrea 3. Mixto 4. No reportado	
14	¿Qué alimento FODMAP'S es más frecuentemente consumido? 1. Lactosa 2. Fructanos 3.Polioles 4. GOS 5.No reportado	
15.	¿Qué síntoma se presenta con más frecuencia? 1. Dolor abdominal 2. Distensión abdominal 3. Dispepsia 4. Pirosis 5. Diarrea 6.Estreñimiento	
16.	¿Qué tratamiento se otorgó? 1. Pinaverio 2. Butilhioscina 3. Metoclopramida 4. Plantago 5.Loperamida 6. Otro	



Instituto Mexicano del Seguro Social
 Unidad de Medicina Familiar No. 21
 "Francisco del Paso y Troncoso"

Protocolo: CONGRUENCIA DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA DEL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD

Investigadores: Jeannette Ahinoan Ramírez Montiel*, Alejandra Palacios Hernández**, Rodolfo Varela Almanza***

INSTRUMENTO: Lista de cotejo de acuerdo a GPC DE EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES DEL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Se realizara revisión de expedientes a todas aquellas pacientes que cumplas con las siguientes características:

1. Pacientes de 20 a 59 años de edad
2. Derechohabiente de la Unidad de Medicina familiar número 21 IMSS
3. Con patrón de respuesta a una variable binaria o dicotómica.

SI NO

1	¿Presenta manifestaciones gastrointestinales?	II	II
2	¿Presenta manifestaciones extraintestinales?	II	II
3	¿Se interroga sobre la forma habitual de las deposiciones (Escala de Bristol)?	II	II
4	¿Se utilizan los criterios de Roma III para orientarnos hacia el diagnóstico?	U	U
5	¿Se realiza exploración física del aparato digestivo?	II	II
6	¿Se indaga sobre los posibles desencadenantes de los síntomas de SII?	II	II
7	¿Se orienta a la paciente a disminuir el consumo de FODMAPS?	U	U
8	¿Se proporcionan medidas de dietoterapia?	II	II
9	¿Se ofreció tratamiento dentro de los grupos farmacológicos más utilizados en el SSI?	II	II
10	Si la variedad clínica fuera SSI-D, ¿se otorga Loperamida como primer antidiarreico?	II	II
11	Si la variedad clínica fuera SII-E, ¿se otorga Psyllium plantago como primer laxante?	II	II
12	Si la variedad clínica fuera SII-M, ¿se otorga un antidepresivo tricíclico, inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina?	II	II

MÉDICA RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR, CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21 "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO".

** MÉDICA CIRUJANA, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR N° 21 "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO".

*** MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, PROFESOR ADJUNTO CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR, N° 21 "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO".



Gobierno de
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
Unidad de Medicina Familiar No. 21
"Francisco del Paso y Troncoso"

Ciudad de México, a 19 de mayo del 2019.

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Delegación Sur de la Ciudad de México

Presente

Por este medio, manifiesto que **no existe inconveniente** en que se lleve a cabo el proyecto **"Congruencia diagnóstico – terapéutica del síndrome de intestino irritable en pacientes de 20 a 59 años en la UMF No. 21"**; en la Unidad de Medicina Familiar No. 21.

Teniendo como investigador (es) responsable (s) a la Dra. Alejandra Palacios Hernández y Dr. Rodolfo Varela Almanza; así como a la médica residente Dra. Jeannette Ahinoan Ramírez Montiel.

Las actividades por desarrollar en el mismo serán la aplicación de un cuestionario.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Gloria Mara Pimentel Redondo
Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 "Francisco del Paso y Troncoso"